



ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

В.А. Руженков

Основы клинической гипнотерапии

УЧЕБНИК

*Рекомендуется УМО по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для системы
ослеузовского профессионального образования врачей
по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия»*

Ростов-на-Дону

Феникс

2005

УДК 615.85(075.8) ББК 53.57я73 КТК 3540 Р-83

Рецензенты:

заведующий кафедрой психиатрии, наркологии
и психотерапии факультета усовершенствования врачей
Воронежской медицинской академии,
доктор медицинских наук, профессор **В.С. Володин**
заведующий кафедрой психиатрии
Курского государственного медицинского
университета, доктор медицинских наук,
профессор **В.В. Плотников**

Руженков В.А. Р-83 Основы клинической гипнотерапии: Учебник / В. А. Руженков. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 316 с. — с ил. (Высшее образование). ISBN 5-222-06630-4

В учебном пособии излагаются история развития гипноза, теоретические воззрения на сущность гипнотических феноменов, методы классического и эриксоновского подходов в гипнотерапии, способы использования гипнотических состояний для лечения различных категорий больных.

Пособие предназначено для клинических ординаторов, обучающихся по специальности «Психиатрия» и «Психотерапия», врачей-психотерапевтов и

психиатров. Рекомендуется в качестве дополнительной литературы для студентов старших курсов медицинских вузов по дисциплине «Психиатрия».

УДК 615.85(075.8) ББК 53.57я73

ISBN 5-222-06630-4

© Коллектив авторов, 2005

© Оформление: изд-во «Феникс», 2005

ВВЕДЕНИЕ

Гипноз* (от греч. *hypnos* — сон) — временное особое состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения. Классический гипноз, как наиболее ранний метод психотерапии, является одним из способов лечебного воздействия психологическими методами одного человека (психотерапевта) на психику другого человека (больного), а через психику и на весь организм с целью устранения болезненного симптома, изменения отношения гипнотизируемого к самому себе и окружающим, что ведет в результате к повышению уровня социально-психологической адаптации и качества жизни в целом.

Овладеть данным методом психотерапии, с одной стороны, можно легко и достаточно быстро, с другой (учитывая, что лечебный эффект достигается не столько в

* Само слово «*ГИПНОЗ*» возникло сравнительно недавно: в 1843 году в работе Джеймса Брейда «Нейрогипнология, или Трактат о нервном сне, рассматриваемом в его отношении к животному магнетизму и сопровождаемом многочисленными случаями его приложения для целей облегчения и исцеления болезней». В ней автор высказывает мысль, что здесь имеет место сноподобное состояние, которому он и дает впервые в истории человечества наименование «гипноз». В книге не только содержится талантливое предвосхищение физиологического понимания гипнотического состояния, но и даны разносторонние клинические примеры возможного использования гипноза в лечебных целях (например, для обезболивания при хирургических операциях).

3

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

результате введения больного в гипнотическое состояние, сколько является итогом последующих психологических процедур, которые проводит врач-психотерапевт в сотрудничестве с пациентом) — достаточно сложно, так как необходимо приобрести собственный опыт и специфическую психотерапевтическую интуицию, что требует постоянного совершенствования как в клиническом плане, так и в работе над собственной личностью.

Гипносуггестивная психотерапия широко применяется в различных областях медицины, и в первую очередь — в клинике пограничных состояний, при лечении больных химическими (алкоголизм, наркомания, токсикомания) и пищевой зависимостями, а также страдающих психосоматическими заболеваниями.

Наряду с широким распространением гипнотерапии в медицинской практике существуют предрассудки, что больной может попасть в слишком большую зависимость от гипнотизера. Больной в состоянии гипнотического сна не является безвольным автоматом, игрушкой в руках гипнотерапевта: применение гипнотерапии специалистами по медицинским показаниям устраняет эти опасения.

Некоторые авторы считают недостатком гипноза то, что он овеян ореолом чего-то мистического, загадочного, поэтому полагают применение его нецелесообразным. Это утверждение не выдерживает критики при

правильном понимании сущности гипноза.

В гипнотерапии существует два подхода: директивный (классический) и кооперативный (эриксоновский) — основанный на сотрудничестве.

Позиция директивного (классического) подхода предполагает преимущественную инициативу врача-гипнотерапевта в выборе не только способа гипнотизирования, но и собственно гипнотических индукций. Несмотря на эти ограничения, классический подход достаточно ши-

4

ВВЕДЕНИЕ

роко распространен среди психотерапевтов. Состояние транса, вызываемое у пациента при классическом подходе, наиболее глубокое и, на первых порах, многие начинающие психотерапевты стараются достичь именно глубоких гипнотических состояний у своих пациентов, полагая, что лечебный эффект будет более высоким. К сожалению, это заблуждение, так как прямой корреляционной зависимости между глубиной гипнотического состояния и терапевтическим эффектом не выявлено.

При проведении сеансов классического гипноза важной является как гипнабельность пациента — т.е. его восприимчивость к гипнозу, так и личностная подготовка самого врача-психотерапевта, по крайней мере в части его уверенности в работе. Известно, что только 15-20% людей высоко гипнабельны (для классического гипноза), что на первых порах будет являться определенным ограничением при его применении. По мере совершенствования навыков и роста мастерства психотерапевта, гипнабельных пациентов становится больше. Поэтому, приступая к изучению классического гипноза и овладению методами психотерапии в гипнотическом состоянии, психотерапевту необходимо работать над своей личностной подготовкой.

Многие современные гипнотерапевты считают, что восприимчивость к гипнозу отражает взаимодействие между мотивациями и интересами клиента, гибкостью и отзывчивостью гипнотерапевта и степенью раппорта, достигнутого между гипнотерапевтом и клиентом, что составляет сущность так называемого *кооперативного подхода*.

Основной вклад в такой клинический подход к гипнозу внес Милтон Эриксон. Его подход к гипнозу заключается прежде всего в сотрудничестве. Милтон Эриксон писал: «Гипноз должен быть в первую очередь результатом ситуации, когда межличностные и внут-

5

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

риличностные взаимодействия развиваются конструктивно и служат целям как гипнотизера, так и субъекта. Этого невозможно достигнуть, ни следуя жестким процедурам и фиксированным методам, ни стремясь добиться какой-то одной конкретной цели. Сложность человеческого поведения и лежащих в его основе мотиваций требует учета множества факторов, существующих в любой ситуации, когда два действующих лица заняты некоей совместной деятельностью».

Эриксоновский гипноз предполагает согласование действий гипнотерапевта с невербальными каналами информации (поза, движения, мимика, жесты, интонация) и естественными биологическими ритмами человека, что делает кооперативный подход более экологичным, чем классический. С другой стороны, эриксоновский подход выдвигает и целый ряд требований к подготовке гипнотерапевта — в первую очередь это умение буквально «видеть» и «слышать» своего пациента, для чего необходимо, по меньшей мере, прекратить свои собственные внутренние диалоги и сосредоточиться на «здесь и теперь», т.е. быть в своего рода трансовом состоянии, что также требует тщательной подготовки и супервизии.

В предлагаемом учебном пособии рассматриваются два вида гипнотерапии —

классический и эриксоновский — кооперативный (недирективный) подход. Сочетание классического и эриксоновского подходов дадут индивидуальный эклектический подход, по существу — третий. Выбор конкретного метода гипнотерапии зависит от характера проблемы пациента, клинического выражения расстройства психической деятельности и личностных особенностей как пациента, так и врача-гипнотерапевта. Гармоничное овладение предлагаемыми подходами к гипнотерапии позволит эффективно оказывать краткосрочную психотерапевтическую помощь пациентам с различными нервно-психическими расстройствами.

6

Глава 1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

Зарождение психотерапии и гипноза относится к предистории человечества. Считалось, что причиной расстройств психики являются демоны, духи умерших, воплотившиеся в зверей, насекомых и т.п., поэтому лечение психических расстройств состояло в изгнании демона из тела больного. С этой целью больных вращали вокруг оси, били розгами. В ту эпоху человек искал способы «умилостивить» тайные силы, посредника между богами и демонами. Знакомство с явлениями гипноза с незапамятных времен предопределило тот факт, что исторически из всех методов психологического лечения первой возникла гипнотерапия.

В одном древнем папирусе, который египтологи рассматривают как копию с еще более раннего, утерянного текста, есть такая запись: *«Принеси опрятную и начищенную лампу, наполни ее лучшим ароматным маслом и повесь на клин из куска лаврового дерева на стене, расположенной с утренней стороны. Затем поставь перед ней мальчика. Погрузи его в сон твоей рукой и зажги лампу. Произнеси над ним слова заклинаний до 7 раз. Снова разбуди его и спроси так: «Что видел ты?» Ответит он: «Да! Я видел богов вокруг лампы». Тогда будут говорить ему боги все, о чем их будут спрашивать».*

Полагают, что слова «погрузи его в сон твоей рукой» и то, что в этом искусственно вызванном сне мальчик обретал возможность «видеть богов» и «разговаривать» с ними, не оставляет никакого сомнения в том, что мальчик был под гипнозом.

7

Основы клинической гипнотерапии

В этот период медицина уподоблялась теологии, культу, магии. Человек не столько боролся с болезнью, сколько пытался «замолить» болезнь, откупиться от нее при помощи обетов, жертв, ритуалов. Между страдающим больным и Богом был только один посредник — жрец как страж души и тела, поэтому в течение веков гипнотические феномены были прерогативой мистики и религии. Одновременно с этим возник интерес к гипнозу и у так называемой храмовой медицины — той формы врачевания, которая в античные времена была тесно связана с религиозными представлениями и производилась жрецами Асклепия — асклепиадами (Ас-клепий — бог здоровья в Древней Греции). Они лечили больных с помощью молитв и заклинаний не столько для их оздоровления, сколько для того, чтобы явить милосердное могущество того божества, которому они призывали верующих поклоняться.

В храме бога-врачевателя Асклепия существовало специальное круглое помещение, называвшееся «абба-тон», в котором жрецы погружали в сон больных. Во время этого сна они внушали больным приход к ним бога Асклепия, который обращался к ним, расспрашивал об их страданиях и освобождал от них. Храм Асклепия представлял собой одновременно и культовое, и лечебное учреждение. В аббатоне, посредине зала, находился источник целебной минеральной воды, которую предлагалось пить до

погружения в сон и после

3

ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

пробуждения, вознося при этом благодарственные молитвы-заклинания божееству здоровья.

Так зародилась широко распространенная в те времена и нашедшая свое отражение в религиозной литературе всех времен и народов практика так называемых «чудесных исцелений». Их существо сводилось к тому, что в обстановке религиозного экстаза с помощью внушения и самовнушения у предрасположенных к истерическим реакциям субъектов, погружаемых к тому же в глубокое гипнотическое состояние, устранялись такие функциональные нарушения, как истерическая глухота, слепота, потеря речи, различного рода параличи, потеря способности стоять, ходить («аста-зия-аббазия») и другие болезненные симптомы.

В тот период уже достаточно прочно укоренилось и представление о том, что всякого рода психологические, словесные воздействия способны усиливать целебную силу лекарственных трав, настоев и прочих средств врачевания (*опосредованная психотерапия*), и наоборот — лекарственные средства способствуют большей эффективности словесных воздействий. В медицинском папирусе Эберса написано: «Помоги! Иди и изгони то, что находится в моем сердце и моих членах! Заклинания благотворны в сопровождении лекарств и лекарства благотворны в сопровождении заклинаний... ■>».

Уже в древнем мире хорошо знали приемы, которые приводили к наиболее быстрому и успешному погружению в гипнотическое состояние, и умело пользовались ими. Для гипноза применялись однообразные, монотонные звуковые раздражители, фиксация взора на блестящем предмете или конвергенция его в одной точке. Для этой цели (к примеру, друиды) приводили молящихся в священные рощи, где беседовали с ними под усыпляющий шум листвы и журчание ручьев. Боль-

9

Основы клинической гипнотерапии

шое значение придавалось поглаживанию (*пассы*) и возложению рук.

В других культурах широко применялись для вхождения в трансное состояние и наркотические средства. Древние оракулы, жрецы — прорицатели воли мифического божества, вдыхая наркотические газы растительного происхождения, сибирские колдуны, шаманы, употребляя гриб мухомор, дервиши — посредством быстрого кружения на одном месте доводили себя до состояния экстаза, когда могли наносить себе повреждения, не чувствуя боли: они могли колоть себя, лизать раскаленное железо, обнаженными ложиться на острые предметы.

Для погружения в сон применялись блестящие предметы, «волшебные зеркала» (блестящие металлические плоскости), кристаллы, сосуды. В древнем Египте могли погрузить человека в гипнотическое состояние, предлагая ему пристально смотреть на каплю чернил (*теперь мы знаем, что фиксация взгляда на блестящих предметах принадлежит к числу гипнотических средств*). Во втором столетии в Египте уже применялись поглаживания, так называемые «пассы».

Фактически на этом этапе и начинается психотерапия. Пути медицины и богословия, которые вначале составляли одно целое, позже расходятся. Наука отбрасывает теорию о мистическом происхождении болезней, а вместе с ней — необходимость в жертвоприношениях и молитвах. С этого периода врач выступает уже независимо от жреца, а вскоре и против жреца.

В эпоху средневековья все вновь возвратилось «на круги своя»: многие видные врачи того времени (Визи-лий, Рейль) считали, что психические болезни вызываются дьяволом. Душевнобольных называли ведьмами, слугами «нечистого», одержимыми дьяволом; их жестоко преследовала инквизиция и

сжигала на кострах.

10

ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

В средние века скудные знания о гипнотических феноменах не расширились. Но уже на исходе средневековья (из астрологического учения, по которому все земные события, а с ними и человеческая судьба зависят от влияния планет; из сведений о магнетизме) возникла магнитно-флюидная теория.

В тот период доминировали идеи **Ф.А. Парацельса** (1493—1541) — гениального врача, в свое время обвиненного в ереси. Полагая, что мир исполнен магнетической силы, которая вследствие переноса с планет как некая звездная сущность находится также и в человеческом теле, он в своих сочинениях впервые употребил слово «магнетизм». Из его теории следовало, что человек питается не только видимой пищей, но и рассеянной в природе магнетической силой. Между планетами и человеческим телом имеется взаимное притяжение. Парацельс допускал взаимное влияние людей друг на друга; по его мнению, воля одного человека силой своего напряжения может влиять на духовную сущность другого, бороться с ней и подчинять ее своей власти.

Идеи Парацельса попали на благоприятную почву во Франции и Германии. Ван **Гельмонт** (1577-1644) обозначал как магнетизм влияния, которые производят тела друг на друга, притягиваясь или отталкиваясь на расстоянии. Посредником или проводником этого влияния должен быть «эфироподобный дух», который пронизывает все тела и приводит в движение мировые массы.

11

Основы клинической гипнотерапии

Эти идеи в последующем были использованы знаменитым венским врачом **Францем Антоном Месмером** (1734-1815), с именем которого непосредственно связана история развития учения о гипнозе. Он имел **три** диплома: доктора медицины, философии и права. Месмер был всесторонне развитой личностью, он музицировал с Вольфгангом Амадеем Моцартом, был дружен с его отцом. Изредка, в свободное от музыки и науки время, Месмер практиковал как врач.

На первых порах Месмер использовал в качестве лечебного средства магнит, введенный еще в XVI веке Парацельсом. В ходе работы Месмер неожиданно обнаружил, что лечебный эффект у определенной категории больных наступает и в тех случаях, когда вместо магнита он прикасается к ним своей рукой. Из этого он сделал вывод, что лечебная сила заключается не в магните, а в руках целителя.

Собственное открытие поставило его в тупик, и, как добросовестный ученый, он начал искать этому явлению теоретическое обоснование. В результате он создал теорию, сущность которой заключается в следующем: Вселенная пронизана особого рода невидимой субстанцией — магнетическими флюидами, и отдельные, особо одаренные люди (к ним Ф. Месмер причислял и себя), обладают способностью «накапливать» их в себе, а затем непосредственно или через специальные приспособления передавать другим людям.

Для лечения Ф. Месмер сконструировал специальные приспособления — «бакэ» (чаны, наполненные железным опилками). Больные располагались вокруг чана, держались за специальные стержни и друг за друга, образуя длинные цепочки. Сам ф. Месмер выходил в лиловой одежде и «намагничивал» **чан**, прикасаясь к нему хрустальным жезлом. Во время сеанса играла нежная музыка. Больные доводили себя до состояния

12

ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

«кризиса», во время которого они плакали, кричали, корчились в судорогах. Потом их переносили в специальный зал, где они, изможденные судорогами,

засыпали а очнувшись ото сна, чувствовали себя освобожденными от страданий.

Ф. Месмер был глубоко уверен в правоте своей теории, которую считал «физиологической и рационалистической». Он утверждал, что открытый им «животный магнетизм» существенно отличается от действия магнита, и смутно догадывался, что, кроме флюидов, на больного воздействуют еще какие-то силы — отсюда все эти ритуалы с лиловым балахоном, музыкой, жезлом.

В 1774 году месмеровская теория «магнетических флюидов» рассматривалась на совместном заседании Французской академии и Королевского медицинского общества во главе с Бенджамином Франклином. Приговор комиссии экспертов был достаточно суров и категоричен. Комиссия заявила, что «воображение без магнетизма вызывает конвульсии, а магнетизм без воображения не вызывает ничего». Она выявила, что пациенты излечивались от истерических симптомов силой внушения, и обвинила Месмера в шарлатанстве. Осуждены были не только теория, но и сам метод лечения, который, по мнению академиков, «отрицательно влияет на нравственные устои общества», Теория «животного магнетизма» была вытеснена другими гипотезами.

В 1818 году последователь Месмера Шостенье де Пьонсегюр, практикуя «магнетические пассы», открывает наиболее глубокую стадию гипноза — *сомнамбулизм*. Магнетизируя больного, он убеждается в том, что пациент погружается в состояние «магнетизма» не только в результате прикосновений, но и под воздействием слова, приказа. Выходит, флюиды здесь ни

13

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

при чем, а главный действующий фактор — внушение.

Началом научного изучения гипноза считают исследования английского хирурга **Джеймса Брейда** (1795—1860). Присутствуя на сеансах известного французского магнетизера, он обратил внимание на то, что подопытный, впавший в состояние «магнетизма», не может открыть глаза, пошевелить рукой и вообще напоминает спящего человека.

Дж. Брейд решает сам продолжить опыты по «маг-нетизации», но применяет при этом свой оригинальный метод. Он предлагает пациенту фиксировать взор на любом предмете (например, на горлышке бутылки) и не думать ни о чем, кроме сна. Результаты опытов превзошли ожидания. Все пациенты после нескольких минут общей расслабленности и фиксации взгляда впадали в состояние, которое Дж. Брейд назвал *гипнозом* (по-гречески — сон).

Результаты своих опытов Дж. Брейд опубликовал в книге «Нейрогипнология». Он рассматривал гипноз как особый вид сна, наступающий в результате утомления сосредоточенного взора и внимания, расслабления мышц и замедления дыхания. Для объяснения механизма гипноза Дж. Брейд использовал гипотезу о *моноидеизме*, или о состоянии охваченности одной единственной мыслью.

Дж. Брейд одним из первых отметил тот факт, что восприимчивость людей к гипнотизации — гипнабель-ность — неодинакова и зависит не столько от личности гипнотизера, сколько от состояния нервной системы пациента.

После смерти ученого центр изучения гипноза переместился во Францию.

В 1866 году сельский доктор из Нанси **Амвросий Август Льебо** (1823-1904) издает книгу «Сон и подоб-

14

Глава 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

ные ему состояния, рассматриваемые прежде всего с точки зрения влияния разума на тело», в которой подводит итоги своей пятилетней практики гипноза в лечебных целях при различных невротических состояниях. В ней он

выражает свое полное согласие с Дж. Брей-дом в его отрицании магнетизма и считает гипноз разновидностью сна. Более того, он идет дальше и называет это состояние внушенным сном, чем закладывает основу взглядов, которые в дальнейшем получили наименование *Нансийской школы гипноза*.

С конца 70-х годов XIX века известный невропатолог **Жан Мартен Шарко** (1825-1893) начинает изучать явления гипноза на больных истерией.

Гипнотическое состояние у них вызывается путем однообразных, монотонных или внезапных и резких раздражителей, действующих на органы слуха и зрения. В полной темноте в глаза исследуемых бросают яркие вспышки света или на их слух воздействуют монотонным звучанием гонга. Больные впадают в различные по своим проявлениям стадии гипноза. Шарко дает им наименования: стадия каталепсии, летаргии и сомнамбулизма. Третья, наиболее глубокая стадия гипноза — сомнамбулическая — иногда возникала у больных сразу при первом сильном звуке камертона или вспышке чрезвычайно яркого, так называемого Друммонного света, иногда же в нее переводили загипнотизированного из стадии летаргии и каталепсии.

Таким образом, во Франции образовались два центра по изучению гипноза:

1 5

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

- первый — в Сачьлетриетре (под Парижем) во главе со всемирно известным неврологом и психиатром Жаном Марте́ном Шарко. Эта школа придерживалась физиологической концепции гипноза;

- второй — в Нанси, во главе с профессором терапевтической клиники университета Ипполитом Берн-геймом (1837—1919), придерживавшимся психологической концепции гипноза.

Таким образом, 4 названных исследователя гипноза (Дж. Брейд, А. Льебо, Ж. Шарко и И. Бернгейм), в силу имевшихся разногласий относительно природы гипноза, по праву считаются основоположниками учения о гипнозе.

Французский исследователь Бюрк примерно в 1850 году сделал наблюдение, что если больной в состоянии сомнамбулизма дотрагивается до медной ручки двери, то впадает в каталепсию. Этого не происходило, если на ручку двери была предварительно надета резиновая перчатка. В 1876 году Бюрк, накопив большой фактический материал, обратился к президенту Французского биологического общества, и тот назначил комиссию по изучению этих фактов. Работая в комиссии, Ж. Шарко заинтересовался гипнозом как методом воздействия на больных: в ту пору его интересовал механизм возникновения неврозов, особенно истерии. Тот факт, что многие симптомы истерии больного в состоянии гипноза буквально «на глазах» исчезали или, наоборот, проявлялись, привели Шарко к мысли о том, что гипноз является не чем иным, как искусственно вызванным истерическим неврозом.

В последующем Шарко разработал свой «шоковый» метод гипнотизации: пациента вводили в полутемный зал... Внезапно раздавался оглушительный звук гонга, перед глазами вспыхивал яркий свет — и пациент впадал в состояние гипноза.

16

Глава 1. История развития гипнотерапии

Представители Нансийской школы (Бернгейм, Дю-мон, Бони) считали, что гипноз — это психологический феномен, связанный с внушением. Они рассматривали гипноз как результат того, что гипнотизируемый поддается внушающему влиянию гипнотизера, не обнаруживая при этом достаточной критики к полученному внушению. Нансиичьх утверждали: «Гипноза нет, есть только внушение». В то же время, в отличие от Шарко, они категорически отрицали болезненную, истерическую природу гипноза.

Между Парижской и Нансийской школами гипноза развернулась длительная и достаточно острая научная дискуссия, которая на Первом Международном конгрессе физиологической психологии в Париже (1889 год) завершилась

убедительной победой для нансийцев.

Следует сказать, что ошибок не избежала ни та, ни другая школы. Если Шарко, идентифицируя гипноз с истерией, ограничил рамки его лечебного применения, то Бернгейм и его сторонники, отождествляя понятия «гипноз» и «внушение», отрицали самостоятельность гипноза, его существование вне сферы вербального воздействия.

С современных позиций следует признать, что хотя гипноз и внушение взаимосвязаны, тем не менее они представляют собой отличные друг от друга явления: гипноз — это состояние, внушение — это процесс.

Значительный вклад в развитие теории гипноза внес профессор физиологии Харьковского университета В.Я. Данилевский (1852-1939). В многочисленных экспериментах он показал возможность гипнотического воздействия на животных: лягушек, ящериц, змей, черепах, крокодилов, речных раков, лангустов, различных рыб и птиц. В 1891 году он выступил с докладом на IV съезде Общества русских врачей в Москве, где на основании огромного материала

17

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

и тонких экспериментов убедительно доказал единство природы гипноза у человека и животных, тем самым нанеся ощутимый удар по взглядам Нансийской школы.

Зигмунд Фрейд в начале своей врачебной деятельности интересовался гипнозом, ездил изучать его технику к Шарко и Бернгейму, но потом, встав на позиции психоанализа, предал гипноз анафеме. Быстрое распространение идей психоанализа и авторитет З. Фрейда способствовали тому, что в развитии теории

и практики гипнотерапии наступило затишье.

Большую роль в развитии отечественной и мировой психотерапии сыграл **В.М. Бехтерев** (1857-1927). Находясь в заграничной командировке в Лейпциге, он в декабре 1884 года получает официальное приглашение занять кафедру психиатрии в Казанском университете. Прежде чем дать свое согласие, он ставит три условия: организовать в Казани клинику душевных болезней, учредить дополнительную должность ассистента кафедры и продлить сроки его командировки с целью стажировки в клинике Шарко. До весны 1885 года он стажировался в Саль-петриере, увлекается гипнологией. С первых дней пребывания в Казани В.М. Бехтерев стал активным поборником лечения гипнозом и внушением.

В 1893 году В.М. Бехтерев выступал на юбилее Военно-медицинской академии с речью, посвященной роли внушения в общественной жизни (в 1903 году она была издана отдельной книгой — «Внушение и его роль в общественной жизни»). Некоторые положения, выска-

18

ГЛАВА 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

занные В.М. Бехтеревым, актуальны и сегодня: прежде всего разграничение таких понятий, как *убеждение, внушение, гипноз*.

Убеждение, по его мнению, входит в сферу психической деятельности при посредстве личного сознания, усваивается путем обдумывания и осмысленной переработки, становясь прочным достижением «Я» {*функция сознания*}.

Внушение сводится к непосредственному прививанию тех или иных психических состояний от одного лица к другому; прививанию, происходящему без участия воли воспринимающего лица и нередко даже без ясного осознания с его стороны (*функция бессознательного* — с современных позиций).

Гипноз же, по В.М. Бехтереву, представляет собой не что иное, как искусственно вызванный видоизмененный нормальный сон, при котором, однако, сохраняется контакт с гипнотизером. У загипнотизированного

наступает особое состояние пассивности, в силу чего внушение действует на него подавляющим образом.

Одним из важных положений учения В.М. Бехтерева о гипнозе является то, что гипнотическое состояние можно вызвать у человека не только вербальными, но и невербальными способами. Собственно, вышеуказанные положения позволяют полагать, что В.М. Бехтерев (а не только З. Фрейд) пришел к заключению о наличии в структуре личности сознательной и бессознательной ее «частей».

В СССР психоанализ считали лженаукой, вдохновленной капитализмом, и его преподавание, равно как и практика, было запрещено: труды З. Фрейда в библиотеках невозможно было найти. Однако так было не всегда; в досталинский период психоанализ в Советском Союзе имел право на существование, как это было и в дореволюционной России.

19

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Хотя психология и психоанализ в целом осуждались под прикрытием принципов учения И.П. Павлова, сам он никогда публично не высказывал ничего враждебного в отношении Фрейда. И хотя И.П. Павлов упрекал Фрейда в том, что тот придавал слишком большое значение сексуальному инстинкту, тем не менее признавал за ним определенные заслуги, в частности мастерство Фрейда доводить до сознания человека подавленные (скрытые) эмоции.

После смерти Павлова произошло то, что можно было бы назвать радикализацией павловского учения. В 1950 году на совместной сессии АН и АМН, посвященной «Физиологическому учению Павлова», было решено впредь психологические понятия выражать в физиологических терминах. Психология, как самостоятельная наука, исчезла. Была подтверждена важность гипноза как глубинной психотерапии, основанной на физиологии (лечебное торможение коры головного мозга), но вопрос о катарсисе, разумеется, уже не стоял.

В перспективе, начерченной таким образом, павловская теория о трех фазах гипноза должна была подкрепляться данными электроэнцефалографии, и в приводимых «доказательствах» недостатка не было.

Психология была официально реабилитирована в 1962 году, когда психотерапевты Ленинградского института им. Бехтерева применили патогенетическую психотерапию, которая учитывала нынешние и прошлые конфликты больного с окружающими его людьми. Осознание этих конфликтов являлось одним из факторов выздоровления.

Более широкое и интенсивное развитие психотерапии стало возможным в период «перестройки» М. Горбачева, когда в СССР с Запада пришло множество различных школ и направлений психотерапии.

20

ГЛАВА 2 ПРИРОДА ГИПНОЗА

Единой теории, объясняющей природу гипноза, в настоящее время нет. Существуют отдельные концепции, в той или иной степени обоснованные системы взглядов на механизм этого явления. Рассмотрим наиболее приемлемые из них.

2.1. НЕЙРОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И.П. ПАВЛОВА

Павлов Иван Петрович

(1849-1936) — российский физиолог, создатель учения о высшей нервной деятельности, крупнейшей физиологической школы современности, новых подходов и методов физиологических исследований, академик АН СССР, лауреат Нобелевской премии за классические труды по физиологии. С помощью разработанного им метода условных рефлексов установил, что в основе психической деятельности лежат физиологические процессы, происходящие в коре головного мозга. Было замечено, что однообразные и длительные раздражения (при экспериментах на животных): тепловые,

поглаживания кожи, мерцающий свет лампочки, ритмичные постукивания — вызывали у собак сонливость.

21

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

В других экспериментах на животных, когда собак лишали трех дистантных рецепторов (зрительного, слухового и обонятельного), животные находились в состоянии почти полной спячки и спали до 23,5 часа в сутки. Таким образом был сделан вывод, что сон можно вызвать двумя способами: путем длительного накопления раздражения в одном участке, а также путем ограничения раздражений.

В 1922 году И.П.Павлов, на основании данных собственных экспериментов, высказал положение о том, что внутреннее торможение условных рефлексов и сон — один и тот же процесс. Эти две разновидности торможения различаются только в начальных стадиях. Так, если внутреннее торможение — процесс узлокализированный и распространяется лишь на отдельные группы клеток коры больших полушарий, то при развитии сна это торможение иррадиирует на всю кору головного мозга и на нижерасположенные отделы ЦНС.

Было доказано, что торможение и сон не только переходят друг в друга, но и последовательность стадий имеют одну и ту же. Различают два механизма возникновения сна: сон активный и сон пассивный.

- Сон активный исходит из больших полушарий и основан на активном процессе торможения, впервые возникающего в больших полушариях и отсюда распространяющегося на нижележащие отделы мозга.

- Сон пассивный происходит вследствие уменьшения, ограничения возбуждающих импульсов, падающих на высшие отделы головного мозга.

Когда дистантные рецепторы «отключаются», понижается возбудимость ЦНС. В связи с этим по коре полушарий легко распространяются процессы торможения и тем самым облегчаются условия для наступления сна. Процессы торможения от однообразных раздражений оставшихся в активном состоянии рецепторов теперь

22

Глава 2. Природа гипноза

только усиливаются. Это дало основание И.П. Павлову прийти к выводу, что сон, даже при частичном выключении рецепторов, всегда является активным процессом, направленным на восстановление функции клеток больших полушарий.

Большое значение для понимания сонного торможения и внушения в гипнозе имеют установленные павловской школой и Н.Е. Введенским так называемые фазовые (гипнотические) состояния — переходные состояния между бодрствованием и сном. Эти фазовые состояния являются выражением различной степени интенсивности процесса торможения.

Таким образом, гипнотическое состояние представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодрствующий, «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность избирательного контакта (раппорта) между гипнотизируемым и гипнотизером. Необходимо, однако, отметить, что представление о гипнозе как о частичном сне при нейрофизиологических (особенно ЭЭГ) исследованиях не подтвердилось.

И.П. Павлов выделял три стадии гипнотического состояния: уравнительную, парадоксальную и ультрапарадоксальную.

- В уравнительной фазе сильное раздражение вызывает слабую реакцию, а слабое — сильную.

- В парадоксальной фазе гипноза слово гипнотизера приобретает необыкновенную силу; то же слово в состоянии бодрствования является

слабым раздражителем (в гипнозе слово воздействует непосредственно на бессознательное, а в состоянии бодрствования — на сознание).

- В ультрапарадоксальной фазе реакция может быть достигнута посредством неадекватного стимула,

23

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

на который клетки головного мозга в состоянии бодрствования не реагируют. Например, обычный медный пятак при определенном рода внушении может вызвать ожог кожи.

2.2. ТЕОРИЯ ГИПНОЗА ЛЕОНА ШЕРТОКА

Леон Шерток (1982) расценивает гипноз как своего рода транс (транс — это концентрация внимания на каком-либо одном объекте окружающей среды или же обращение его внутрь — медитация). По его мнению, гипноз представляет собой особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма. Шерток определяет гипноз как «четвертое состояние организма» — наряду с состоянием бодрствования, сна и активностью сновидений.

2.3. ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ГИПНОЗА

Зигмунд **Фрейд** изложил свои взгляды на гипноз в 1921 году в книге «Психология масс и анализ личности». Согласно его концепции, гипноз — это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям. Этот

24

Глава 2. Природа гипноза

феномен, по мнению З. Фрейда, и создает неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому. Кроме того, Фрейд предполагал, что терапевтические взаимоотношения в гипнозе имеют эротическую основу, заключаются в неограниченном любовном самопожертвовании, за исключением полового удовлетворения.

2.4. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ГИПНОЗА

Вопрос о психофизиологической сущности гипноза все время находится в стадии научного поиска. Результаты исследований, проводимых школой **В.Е. Рожно-ва**, убедительно свидетельствуют о том, что глубокий гипноз есть качественно определенное психофизиологическое состояние, возникающее как результат специфической перестройки работы мозга на особый режим. Отличительной чертой гипноза как состояния является строгая, не свойственная ни сну, ни бодрствованию избирательность в усвоении и переработке информации, жестко детерминированная параметром социальной значимости оказываемых воздействий. Особого выделения заслуживает способность субъекта, находящегося в сомнамбулической стадии гипноза, давать внушенную возрастную регрессию, тем самым возвращаться к уже пережитым периодам жизни. Здесь можно отметить особые отношения в процессах протекания времени, опирающиеся на изменения обычно присущего взаимодействия сознания и бессознательного.

Таким образом, гипноз понимается как качественно особое психическое состояние, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся и от сна, и от бодрствования.

25

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Значительное повышение восприимчивости к психологическим факторам сочетается в гипнозе с резким понижением чувствительности к действию всех других внешних природных факторов.

Применяя методику регистрации сверхмедленных колебаний потенциалов мозга, школа В.Е. Рожнова получила объективные показатели стадийного развития гипнотического состояния и установила характерную кривую

изменения потенциалов, свидетельствующую о возникновении гипноза как качественно самостоятельного режима работы мозга, не похожего ни на сон, ни на бодрствование.

КЛАССИЧЕСКИЙ ГИПНОЗ

ГЛАВА 3

ПРИЕМЫ

КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

3.1. ГИПНАБЕЛЬНОСТЬ

Степень гипнабельности — способность пациента впасть в ту или иную степень гипнотического состояния под воздействием врача-психотерапевта — различна. Она зависит как от самого пациента, так и в большей мере от психотерапевта (его опыта, навыков, уверенности, искусства выбора того или иного метода в зависимости от индивидуально-личностных особенностей пациента и др.).

По мнению Бернгейма, гипнозу поддаются примерно 80% людей, Бирман и Форель дают цифру соответственно 85 и 90%. Причем глубокая, сомнамбулическая стадия гипноза встречается в 20% случаев.

Гипнабельность зависит и от психотерапевта. Имеются данные, что одни врачи способны загипнотизировать 10% испытуемых, другие — более 90%.

Степень гипнабельности у всех людей различна и зависит от разных факторов. Считается, что дети в возрасте от 7 до 14 лет практически все гипнабельны.

Лучше других поддаются гипнозу больные истерическим неврозом, пациенты, перенесшие черепно-мозговую травму, страдающие алкоголизмом. Гипнабельность поддается тренировке.

Считается, что проблемы с гипнабельностью возникают, как правило, при применении классических тех-

28

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

ник гипнотизирования, которые фактически не дифференцированы и не индивидуализированы, не учитывают естественные ритмы индивидуума и другие факторы. Так называемому недирективному гипнозу (эриксо-новскому) поддаются практически все люди.

3.1.1. ПРОБЫ НА ВПУШАЕМОСТЬ

Многие врачи, прежде чем перейти непосредственно к гипнотизации, используют в своей практике пробы (тесты) на внушаемость. Следует подчеркнуть, что до сих пор не доказано, что внушаемые пациенты более восприимчивы к гипнозу, чем маловнушаемые. Начинающим психотерапевтам пробы на внушаемость помогают приобрести уверенность в собственных возможностях, а также укрепить доверие пациентов к гипнозу.

Существует множество проб на внушаемость. Рассмотрим наиболее распространенные.

3.1.1.1. Прием Констамма

Пациенту предлагают встать боком к стене и тыльной стороной сжатой в кулак руки опереться изо всех сил о стену. Глаза должны быть закрытыми. В течение минуты врач делает пациенту следующие внушения: «Обопритесь очень сильно... Напрягите мышцы плеча... руки» (можно добавить: «Почувствуйте, как рука притягивается, прижимается к стенке... Чем сильнее вы сжимаете руку в кулак, чем сильнее вы давите на стену, тем сильнее притяжение руки к стене...»). После этого просят пациента отойти от стены и свободно опустить руки. Чаще всего рука, которая «работала», сама собой поднимается, описав дугу 90° (можно дать аналогичное внушение после того, как пациент отойдет от стенки).

29

^ TM ■ ■ ^ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ^ ■ ■ ■ ^ ■ И

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

В другом варианте этого теста пациенту предлагают опереться тыльной

стороной руки о стенку. Далее гипнотерапевт говорит примерно следующее: «Легонько надавите рукой на стенку, обратите внимание на температуру стенки под рукой. Теперь, когда я буду считать от одного до пяти, с каждым моим счетом ваша рука будет притягиваться к стенке все сильнее и сильнее. Один. Рука легонько притягивается к стенке, вы ощущаете под рукой легкое давление. Два. Рука притягивается сильнее. Три. Четыре. Рука крепко притянута к стенке! При попытке отойти от стенки рука будет притягиваться все сильнее и сильнее! Попробуйте отойти от стенки. Рука притягивается к стенке!» Обычно, при хорошей внушаемости, пациент как бы «приклеивается к стенке» (рис. 1).



Рис. 1. Прием Констамма («рука прилипла к стенке»)

30

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

3.1.1.2. Тест качания

А) Пациент держит ноги сдвинутыми, корпус выпрямленным, взгляд фиксируется в точке на потолке прямо над головой. Врач, стоя позади пациента, предлагает ему закрыть глаза, сохраняя прежнее положение. Затем он дает указания: «Я хочу оценить вашу способность к расслаблению. Я положу руки вам на плечи». Сделав то, о чем говорил, врач продолжает: «Теперь я обопрусь руками на ваши плечи и вы почувствуете силу, которая тянет вас назад... Будьте спокойны, полностью подчиняйтесь этой силе... Я надежно вас страхую... Вы падаете... тянет назад (!), падаете... В этот момент врач отнимает руки и пациент начинает качаться либо падает назад (необходимо, чтобы врач был в состоянии удержать пациента). В ряде случаев, при достаточном опыте врача, когда больной клонится или падает назад, делают краткое и уверенное внушение: «Спать... Спать глубже !...» — пациент падает в гипнотическое состояние.



Рис. 2. Пациент падает вперед 31

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Б) Поставив пациента к себе лицом (ноги вместе, руки вдоль туловища), врач предлагает ему смотреть прямо в глаза (сам смотрит пациенту в область переносицы). Затем психотерапевт вытягивает руки, сложенные ладонями внутрь, чтобы достать ими до висков пациента, и слегка прикасается к коже в этой области. При этом врач слегка качается вперед-назад (наблюдая, следует ли за ним пациент). Затем психотерапевт «внушительно» произносит фразу: «Теперь, когда я удалю свои руки... Вас потянет вперед за ними!» При этом психотерапевт отводит руки и чуть отступает назад (рис. 2). В этот момент внушаемый пациент начнет падать в сторону психотерапевта (который должен быть достаточно ловким, чтобы подхватить пациента).

3.1.1.3. Тест сжатых пальцев

Применяется для одновременного обследования на внушаемость большой группы людей. Пациентов просят сжать пальцы рук в замок, развернуть руки ладонями наружу и поднять вверх над головой. Врач показывает пациентам, как это необходимо сделать. Затем врач просит пациентов закрыть глаза, максимально возможно сильно сжимать пальцы рук и внимательно слушать его слова. Далее врач делает следующее внушение (возможны различные вариации, в зависимости от предпочтений психотерапевта): «Представьте, что ваши руки — это тиски... Сжимайте их сильнее, еще сильнее и удерживайте сжатыми. Я буду считать от 1 до 10 (5) и с каждым моим счетом ваши руки будут сжиматься еще сильнее... Постепенно будет возникать чувство онемения в руках и тяжесть, и это поможет рукам сжиматься еще сильнее... Один..., два... три... Руки становятся более тяжелыми... Пальцы постепенно сжимаются... возникает легкое чувство онемения кончиков пальцев... четыре... пять...

32

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

шесть... Пальцы сжимаются сильнее... Вам интересно чувствовать, как пальцы немеют и сжимаются еще сильнее... как тиски... семь... восемь... Когда я назову цифру 10 — пальцы сожмутся максимально сильно... При попытке их разжать — они будут сжиматься еще сильнее... девять... десять... Пальцы сжались... сцепились (!). Попробуйте разжать пальцы, они сжимаются еще сильнее (!)» (рис. 3).

В тех случаях, когда пальцы пациентов сжаты максимально и опытному взгляду видна «гипнотическая готовность», если дело происходит в гипнотарии, то можно сразу же перевести пациента в гипнотическое состояние любым из имеющихся в арсенале психотерапевта способов. В других случаях целесообразно дотронуться до пальцев руки пациента и сказать: «Теперь

Рис. 3. Тест сжатых пальцев

2^в- А- Ружвнков

3 3



ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

пальцы постепенно расслабляются... медленно разжимаются... руки становятся теплыми, и полностью возвращается чувствительность».

3.1.1.4. Тест «твердые пальцы»

Испытуемому предлагают развести пальцы рук с максимальным напряжением, сделав их «твердыми, как гвозди». Далее врач внушает: «...а теперь я буду считать от одного до пяти... Обращайте внимание на свои пальцы... с каждой цифрой вначале пальцы левой руки... или правой, или обеих одновременно постепенно будут деревенеть... напрягаться... появится чувство онемения в руках... Один... пальцы постепенно напрягаются... появляется чувство онемения... легкого покалывания... Два... пальцы немеют и напрягаются сильнее... Три... еще сильнее... Четыре... пальцы крепко напряжены... как гвозди... Пять... пальцы полностью задеревенели... Попытайтесь согнуть пальцы... они напрягаются еще сильнее...»

3.1.1.5. Тест с пробирками

Перед пациентом ставят штатив с 3 заранее подготовленными пробирками и под предлогом исследования обоняния императивным голосом заявляют: «Вот три пробирки. В одной из них была дистиллированная вода, во второй — ■ керосин, в третьей — слабый раствор одеколона. Укажите мне пробирку, где был керосин (одеколон)». Способность испытуемого четко дифференцировать несуществующие запахи свидетельствует о его повышенной внушаемости.

3.1.1.6. Проба с маятником Шевроле

Испытуемому дают в руки нитку с грузиком на конце, предлагают взять нитку за конец большим и указательным пальцами и, вытянув перед собой, за-

34

Глава 3. Приемы классического гипноза

крыть глаза. Далее внушают: «А теперь представьте, что грузик делает круговые движения... Старайтесь не двигать рукой, только представляйте круг, по которому движется грузик...» После того как грузик начал делать круговые движения, испытуемому предлагают открыть глаза и убедиться в том, что грузик движется. После этого испытуемому вновь предлагается закрыть глаза и представить мысленно, что грузик остановился, замер, «встал, как вкопанный». Данный прием основан не столько на внушаемости, сколько на идеомоторном эффекте, тем не менее он повышает внушаемость пациентов.

3.1.1.7. Проба с внушением тяжести одной руки

Сидящему пациенту предлагают положить руку на свое колено, затем несколько секунд смотреть в какую-либо одну точку и внушают, что рука его сейчас стала очень тяжелая, словно налилась свинцом. После этого врач

слегка приподнимает руку больного и роняет ее ему на колено. Чем большее сопротивление врач встречает при попытке поднять руку больного, тем выше внушаемость. Ощущение, что рука стала тяжелой, возникает у пациента довольно легко, и это ведет к повышению его внушаемости.

3.1.1.8. Пробы, наиболее часто применяемые автором

1) Пациенту предлагают стать посередине комнаты, пятки и носки вместе, руки расслаблены и расположены вдоль тела, глаза закрыты. Предлагается обращать внимание на то, «что будет происходить». Психотерапевт становится сзади пациента на расстоянии примерно 1—1,5 м и занимает аналогичное положение, при этом внимательно наблюдает за движениями паци-

35

Основы клинической гипнотерапии

ента (чаще всего это легкие движения вперед — назад). Психотерапевт начинает синхронно повторять движения пациента, увеличивая амплитуду собственных движений. После 5—6 таких «колебаний» пациент обычно пошатывается.

2) Расположение пациента аналогичное, как в первом случае, психотерапевт располагается сзади и несколько сбоку и подносит свою руку к затылку пациента. Затем постепенно, медленно то отдаляет руку, то приближает ее к затылку пациента, в ритм его качанию, увеличивая постепенно амплитуду. Обычно пациенты говорят, что их «тянуло назад» за рукой (рис. 4). При директивном подходе эти пробы существенно усиливают веру пациента в возможности и способности психотерапевта, и нередко он сразу же вводит пациента в гипнотическое состояние простым внушением: «А теперь ваши глаза крепко закрываются... в голове появляется чувство легкого тумана... туман усиливается... вы засыпаете... Глубже! Еще глубже!» При этом важно,

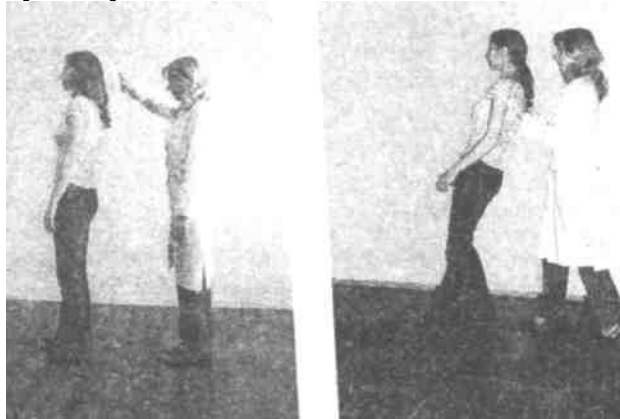


Рис. 4. Пошатывание пациента назад 36

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

чтобы пациент был расположен рядом с кушеткой или креслом, на котором в последующем проводится сеанс гипнотерапии.

3.2. ТЕХНИКИ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

В настоящее время насчитывается более 100 методов гипнотизирования. В основном все они могут быть сведены в три группы по методам преимущественного воздействия на анализаторы:

- первая — на зрительный;
- вторая — на слуховой;
- третья — на кожный.

При использовании всех этих методик обязательно следует применять и словесное внушение признаков сонливости, сна. Следует учитывать, что приведенное разделение методик в значительной степени условно.

3.2.1. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЗРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗАТОР

Технология этого древнего метода гипнотизации, имеющего много разновидностей, связана с объектом фиксации глаз пациента — блестящим предметом. Им может быть все, что угодно, лишь бы это ярко блестело ровным

светом и отражало взгляд, поэтому золото, серебро, драгоценные камни имеют отчасти притягательную силу. Это объясняется тем, что появление в поле зрения светящейся поверхности с яркостью, превышающей яркость фона, вызывает нарушение работы глаза. Контрастная чувствительность, острота зрения, быстрота восприятия, устойчивость ясного видения и Другое нарушаются. Блеск в той или иной степени ослепляет. Возникает потребность закрыть глаза. А с закрытыми глазами недалеко до сна... Этим явлением ус-

37

Основы клинической гипнотерапии

пешно пользовались маги древности, с успехом применяют его практикующие врачи.

Хорошие результаты достигаются, если блестящим предметом является металлический или стеклянный шарик размером с куриное яйцо или меньше. Лучше всего, если это будет круглый, отполированный хрустальный шар диаметром около 8 см. *(Пользуясь подобным шаром, Нострадамус составлял свои знаменитые катрены, а граф Калиостро устраивал нашумевшие сеансы ясновидения.)*

Значительная часть пациентов, которые полагают, что они негипнабельны, легко засыпают при фиксации взгляда на блестящем предмете.

Разместите пациента в удобном кресле, уверенным тоном скажите ему, что сейчас он будет несколько минут смотреть на блестящий предмет. Предупредите, что через некоторое время он почувствует, как его веки начнут тяжелеть, по телу разольется приятная истома и возникнет сноподобное состояние.

Можно сделать дополнительное внушение на расслабление мышц и общее успокоение. Некоторое время спустя уверенным тоном скажите, что блестящий предмет с каждым мгновением притягивает взгляд все сильнее и сильнее. Становится трудно отвести глаза. Веки наливаются тяжестью. Нарастает желание забыться во сне... Глубоком сне... Дайте возможность гипнотизируемому смотреть еще 5 минут на блестящий предмет. Почти каждый за это время закроет глаза и незаметно для себя уснет. Если же этого не произойдет, мягкими и осторожными движениями сами закройте веки у пациента и скажите: «Спите... Спите спокойно... Вы погружаетесь в сон... только сон... Глубокий, освежающий сон...» Говорите медленно, четко, негромко, уверенно, стараясь передать свои ощущение-

38

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

ния сна и представляя пациента спящим. Чем сильнее будут ваши чувства и ярче «картинка», тем лучше станет результат.

3.2.1.1. Метод Фариа

Метод Фариа — метод фасцинации (от лат. fascinare — очаровывать). Предложен португальским аббатом Фариа (1813), который позаимствовал этот метод из практики факиров Индии.

Врач находится напротив пациента на расстоянии 30-50 см, несколько возвышаясь над ним (для этого больного лучше посадить). Пациенту предлагают смотреть врачу в глаза, не мигая. Одновременно врач берет пациента за плечи, медленно раскачивает его спереди назад и пристально смотрит в переносицу. При этом психотерапевт внушает: «Смотрите мне в глаза. Ваш взгляд становится тяжелым. Ваши глаза устали, но не закрывайте их до тех пор, пока можете держать их открытыми. Ваши веки тяжелеют, словно наливаются свинцом. Тяжелеет все тело». Далее следует короткая пауза (!). Вы засыпаете... засыпаете».

Как только глаза пациента закрылись, врач кладет на них пальцы и внушает: «Ваши веки склеились, они будут закрыты до тех пор, пока я не скажу им открыться»... Если пациент сам не закрывает глаза, можно без слов опустить его веки прикосновением к коже надбровных дуг или сказать ему: «Закройте

глаза», после чего продолжить внушать признаки сонливости.

Метод требует от психотерапевта определенной тренировки: для этого нужно ежедневно фиксировать взгляд на каком-нибудь предмете на расстоянии **30-50** см и смотреть на него, стараясь не моргать в течение нескольких минут.

39

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

3.2.1.2. Метод ПИ. Буля

Пациент располагается в горизонтальном положении на кушетке. Психотерапевт садится у изголовья и держит перед его глазами примерно на расстоянии 10 см какой-либо блестящий предмет. Пациенту предлагается пристально смотреть на предмет. Через 5-7 минут врач начинает тихим голосом произносить формулу внушения: «Смотрите пристально на блестящую точку. Постепенно ваши глаза будут утомляться... веки будут тяжелеть... вас будет охватывать приятная усталость. Вы начинаете испытывать приятное головокружение. Все тише, все спокойнее становится вокруг вас. В голове возникает легкий туман... он все нарастает... он все усиливается. Ваши веки тяжелеют... словно наливаются свинцом... Вас охватывает сонливость... веки тяжелеют сильнее... смыкаются... плотно смыкаются... Вы постепенно забываетесь... забываетесь... Отчетливо слышите только мой голос... остальные звуки уходят на задний план... и как будто исчезают... По всему телу распространяется приятное тепло... тепло, которое помогает расслабиться всем мышцам... мышцам всего тела... У вас возникает состояние... состояние, похожее на сон... И оно с каждым моим словом становится все глубже и глубже... И вы полностью спокойны... Состояние сна все глубже и глубже. (Далее можно проверить глубину гипнотического состояния; опытный психотерапевт видит это по невербальным признакам. Затем следует переходить к собственно психотерапии, т.е. формулам внушения, в зависимости от целей и задач сеанса.)

3.2.1.3. Метод Брейда—Льебо

Закljučается в том, что пациенту предлагают фиксировать взор на каком-нибудь предмете до тех пор, пока не наступит гипнотическое состояние. Пациенту

40

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

предлагают фиксировать взгляд на каком-либо (лучше блестящем) предмете и мысленно думать о сне. Одновременно (предпочтительно) психотерапевт может внушать пациенту усталость и закрывание глаз, усиление сонливости и, наконец, сон.

3.2.1.4. Метод В.Е. Рожнова

Больному предлагают фиксировать взгляд на каком-нибудь неподвижном блестящем предмете, обычно на металлическом шарике или кончике неврологического молоточка. Формула усыпления примерно такова: «Расслабьте мышцы. Лягте совершенно спокойно. Сконцентрируйте свое внимание на молоточке. Внимательно слушайте то, что я буду вам говорить. По мере того, как я буду говорить, у вас постепенно будет появляться желание спать, которое с каждым моим словом будет усиливаться. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук и ног... всего тела. Расслабляются мышцы лица, шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам все сильнее и сильнее хочется спать. Сейчас я начну считать от одного до десяти... и по мере того, как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать, становиться все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру 10, вы уснете глубоким сном и по-прежнему будете слышать мой голос».

3.2.1.5. Метод следовых образов

Больному предлагают неподвижно, не мигая, смотреть на ярко освещенный

цветной (синий или красный) круг или цветную полоску, расположенную на расстоянии 30-50 см от глаз пациента. В норме у большинства людей через 20-30 секунд появляются следо-вые образы в виде каемок дополнительно цвета (крас-

41

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ный — зеленый — синий — желтый). Если больной переводит взор на серую поверхность, то на ней через 30—40 секунд появляется цветная фигура такой же величины и формы, но противоположного цвета. Этот феномен предлагают использовать для определения гип-набельности пациента, не знакомого с такими феноменами. Больному говорят, что когда он увидит цветные каемки вокруг фигуры — «внушение подействовало», и тогда ему следует закрыть глаза и засыпать. После этого проводится внушение сна обычными методами.

В другом варианте предлагается взять кусок серого картона размером 14x25 см, в середине наклеить две яркие полосы бумаги светло-желтого и светло-синего цвета размером 3,2x8 см с расстоянием 5 мм между ними. Больному предлагают держать картон перед собой на вытянутой руке и пристально, не мигая, смотреть на серую щель картона между цветными полосами (последние должны быть ярко освещены) до появления цветных феноменов.

3.2.1.6. Метод «Каталепсия глаз»

Это быстрый метод введения пациента в гипнотическое состояние, который у некоторых людей может вызывать очень глубокий транс за весьма непродолжительное время, даже без каких-либо дополнительных формул внушения. Этот метод не рекомендуется применять при работе с пациентами, имеющими сильную потребность в сохранении контроля, особенно в ситуации тревожности при неврозе навязчивых состояний.

Алгоритм выполнения техники

Вы говорите пациенту: «Просто закройте глаза. Сконцентрируйте внимание на глазах и веках. Позвольте им расслабиться, и, когда они начнут все больше и больше расслабляться, вы обнаружите, что они просто не открываются; они будут закрыты так плотно,

42

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

что возникнет чувство, словно вы разучились открывать их. И когда вы достигнете этой стадии, то есть когда ваши глаза так плотно закроются, что просто не откроются, дайте мне знать, сказав об этом или подняв руку в качестве условного знака. Так что просто сконцентрируйтесь на своих веках; почувствуйте, что они так плотно закрылись, что не откроются. Очень плотно закрылись. Я помолчу немного, пока вы сосредоточиваетесь на все более плотном закрывании глаз и пока вы не дадите мне знать, что они уже не открываются ».

Затем вы можете хранить молчание, пока пациент не продемонстрирует, что его глаза не открываются, или, если хотите, продолжайте внушение дальнейшей релаксации или каталепсии глаз. Наиболее эффективно эта техника используется при более чем одном утверждении и довольно непродолжительной паузе.

Второй вариант этой техники может быть полезным при работе со скептическим и сомневающимся пациентом, который, несмотря на свое неприкрытое желание подвергнуться лечению гипнозом, сильно обороняется и напрягается и в действительности не верит, что его мол<но загипнотизировать или что гипноз вообще реален. Этот вариант основан на том факте, что практически невозможно открыть глаза, когда они подняты вверх.

Вы говорите пациенту буквально следующее: «Я бы хотел, чтобы вы подняли глаза настолько высоко, насколько это возможно, не запрокидывая при этом голову. Хорошо. Теперь позвольте вашим векам опуститься, но удерживайте

глаза, насколько это возможно, поднятыми вверх. Когда вы заметите, что не можете открыть глаза, дайте мне знать. Хорошо. Вы достигли первой стадии гипноза. Теперь просто расслабьтесь и пусть ваши глаза тоже расслабятся. Позвольте себе все

43

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

глубже и глубже погрузиться в релаксацию, чувствуя себя все более комфортно. Погружайтесь все глубже и глубже в транс. Хорошо».

3.2.1.7. Фиксация взгляда на кончике собственного носа

Этот прием распространен среди индийских йогов и их последователей для самогипноза или приведения себя в трансовое состояние. Сидя в удобной позе, человек все свое внимание сосредоточивает на кончике собственного носа. Сведение зрительных осей при ритмичном дыхании быстро приводит в гипнотическое состояние.

Последовательность введения пациента в гипнотическое состояние следующая. Усадите пациента в мягкое кресло. Предложите ему (и помогите) расслабиться. Затем предложите пациенту зафиксировать свой взгляд на кончике носа, сказав при этом, что постепенно перед глазами будут расплываться круги... может быть, черно-белые, может быть, и цветные... Постепенно глаза будут уставать и закрываться. По мере того, как глаза будут уставать и закрываться, он начнет легко и спокойно засыпать. Далее можно начать отсчет времени и внушения засыпания. Иногда пациент засыпает быстрее, если делать пассы перед его лбом.

3.2.1.8. Метод счета и попеременного открывания-закрывания глаз

Этот метод наиболее эффективен при гипнотизации пациенток с повышенной раздражительностью. Предложите пациенту удобно расположиться и расслабиться. Далее скажите буквально следующее: «Я буду громко считать и по мере того, как я считаю, вы будете попеременно открывать и закрывать глаза. Теперь пока закройте глаза и держите их так, пока я начну счи-

44

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

тать; а как только я скажу «раз», на секунду откройте глаза и взгляните на меня, а потом снова закройте. Когда скажу «два», опять на секунду откройте, взгляните на меня и снова закройте и т.д. Затем медленно считайте от 1 до 20».

Причем между каждыми двумя числами делайте паузу на 5 секунд. Затем снова начинайте с одного, делая между двумя числами промежуток в 15 секунд. Практика показывает, что никогда не приходится идти дальше третьей серии.

Эффективность метода зависит от того, что поднимание и опускание век производит в них отяжеление, наводящее сон. Тот факт, что глаза закрыты, делает, наконец, пациентку более восприимчивой ко внушению сна, так как это прекращает ее контакт с окружающим. При помощи этого счетного приема нередко удается загипнотизировать даже самых упрямых пациенток.

3.2.1.9. Фиксация взгляда на собственных глазах в зеркале

Гипнотерапевт дает пациенту зеркало и предлагает ему внимательно смотреть в отражение своих глаз. Зеркало следует держать примерно в 25 см от лица. При этом гипнотерапевт использует вербальные формы введения в гипнотическое состояние. После некоторого времени большинство пациентов впадают в глубокий гипнотический сон.

3.2.1.10. Гипнотизация при помощи зеркала с черной точкой

Гипнотизируемого усадите в кресло или на диван. К его глазам на расстоянии 15—25 см поднесите небольшое зеркало с приклеенной в центре черной точкой около 1 см в диаметре. За головой гипнотизируе-

45

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

мого поместите источник света таким образом, чтобы отраженный зеркалом свет попадал ему в глаза. Дайте указание непрерывно смотреть на черную точку. Возьмите левой рукой за пульс правой руки гипнотизируемого, а правой медленно водите зеркалом перед глазами: вверх, вниз, вправо, влево. Слегка пожимая пульс (например, каждый второй или третий удар пульса) произносите с расстановкой: «Сейчас, когда вы смотрите на зеркало и ваши глаза постепенно устают, вы чувствуете мою руку на вашем пульсе и это позволяет вам расслабиться... почувствовать легкую сонливость-Каждый раз, когда я сжимаю вашу руку, ваше тело расслабляется все сильнее и сильнее... а когда вы смотрите на черную точку на зеркале... ваши глаза утомляются... веки постепенно мигают все чаще и чаще... постепенно веки закрываются... Сейчас, когда вы вновь смотрите на черную точку на зеркале... вы замечаете, что она становится расплывчатой... и вам хочется закрыть глаза... глаза закрываются самостоятельно... веки слипаются... тяжелеют... как будто наливаются свинцом... Все тело приятно расслабляется... И вы засыпаете... засыпаете все глубже и глубже...»

3.2.1.11. Гипнотизация при помощи «зеркала Льюиса»

Старинный метод гипнотизации. Гипнотизируемый усаживается спиной к источнику яркого света. На расстоянии 20-25 см к его лицу подносятся вращающиеся зеркала Льюиса. *(Зеркала Льюиса состоят из двух черных матовых линеек длиной 20 см, шириной 3 см. На каждой из них укреплены 10 — 15 круглых зеркал диаметром 2 см. Линейки равномерно вращаются в противоположные стороны при помощи несложного ме-*

46

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

ханизма. Желательно иметь возможность регулировать частоту вращения линеек.)

Гипнотизируемому дается указание пристально смотреть на центральное зеркальце, не сопротивляться внушению, расслабиться.

Мелькающие световые блики чрезвычайно утомляют зрительный анализатор, что способствует быстрому засыпанию.

Формулы внушения начинаются с внушения утомления зрительного анализатора (как и в предыдущем способе).

3.2.1.12. Метод «Терраса и ступеньки»

При использовании воздействия на зрительный анализатор нередко целесообразно дать задание пациенту визуализировать заданную картинку. Это перегружает анализатор ровно настолько, насколько это необходимо для введения в гипнотическое состояние воздействием, к примеру, на слуховой анализатор. Предложите пациенту представить себя стоящим на краю старой террасы. Далее вы говорите: «Возможно, за вашей спиной — дом. Терраса вымощена плитами, между которыми пробиваются трава и цветы. Вокруг террасы — каменная балюстрада, заросшая вьющимися растениями и цветами. Возможно, на них есть пыль, так же, как и на растениях, выросших тут и там между плитами террасы. Вы видите проем в балюстраде и спускающиеся с террасы ступеньки. Немного погодя, я попрошу вас подойти к верхней ступеньке и затем медленно спуститься по лестнице. По мере того как вы будете спускаться, вы почувствуете, что оставляете обычный, реальный мир далеко-далеко позади и уходите глубоко внутрь себя. Но сначала почувствуйте, как солнце согревает вас своими лучами. Вы чувствуете, как теплый, легкий ветерок нежно овеивает

47

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

вас, принося аромат цветов. Насладитесь этими ощущениями. А теперь подойдите к верхней ступеньке и посмотрите сверху на луг. У лестницы десять ступенек, между которыми тоже растут цветы. Сейчас я буду считать медленно от одного до десяти, а вы в это время будете спускаться по

ступенькам, на каждый счет по одной, и по мере спуска вы будете погружаться все глубже и глубже в транс. Хорошо. Теперь начнем спускаться по ступенькам. Один... Два... Глубже и глубже. Три... Погружаемся все глубже и глубже в транс. Четыре... Пять... Задержитесь здесь на мгновение, на полпути вниз, и почувствуйте, как вы оставляете повседневный мир все дальше и дальше позади себя, по мере того как погружаетесь глубже и глубже в состояние транса. Теперь продолжайте, еще глубже. Шесть... Семь... Восемь... Почти спустились. Девять... Десять... Хорошо. Глубоко внутри себя, глубоко в трансе, чувствуя себя очень глубоко расслабленным и спокойным, расслабленным и отрешенным. Глубокоглубоко вниз. Хорошо».

3.2.1.13. Техника «Эскалатор»

Является разновидностью описанной выше методики. Вы говорите пациенту: «Представьте себе, что вы стоите наверху длинного эскалатора. Посмотрите, как он медленно движется вниз. Посмотрите на лампы, размещенные на потолке через интервалы, — их десять. Глубоко внизу вы видите дверь. Сейчас я попрошу вас встать на эскалатор и начать спускаться вниз. В то время как вы будете спускаться все глубже и глубже, я буду считать лампы, и, когда я дойду до десятой, вы достигнете конца эскалатора и сойдете с него перед дверью. По мере того как вы будете спускаться вниз, вы сможете погружаться все глубже и глубже в транс. Теперь встаньте на эскалатор и спускайтесь все глубже

48

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

и глубже. Один... Два... Глубже и глубже... Три... Четыре... Оставляйте повседневный мир все дальше и дальше позади себя. Пять... Шесть... Глубже и глубже. Семь... Глубоко-глубоко вниз. Восемь... Девять... Почти спустились. Десять. Хорошо. Вы сходите с эскалатора и встаете перед дверью. В следующий миг я попрошу вас войти в дверь и оказаться в любимом месте, полностью отрешенным от повседневного мира, глубоко внутри себя, в своем особом «личном прибежище». Хорошо. Теперь откройте эту дверь, войдите в нее и затем закройте ее за собой».

3.2.1.14. Техника «Лифт»

Еще одна разновидность описанной выше техники. Заключается в том, что гипнотерапевт «описывает» пациенту поездку в лифте. Описание начинается с того момента, когда пациент стоит перед дверями лифта и, когда они откроются, он войдет внутрь. После того как двери закроются, лифт начнет спускаться. Психотерапевт будет отсчитывать этажи, однако в этом случае счет пойдет наоборот (скажем, с десяти).

При использовании этого образа-представления может быть очень полезно внушить пациенту, что есть еще подвальные этажи, и, таким образом, помочь ему спуститься еще глубже вниз.

Это может быть эффективным для пациентов, которым сложно «абстрагироваться»: неожиданный дальнейший спуск делает их несколько менее бдительными, что облегчает введение их в состояние транса. В каждом из случаев, будет ли это лестница, эскалатор или лифт, счет должен идти в такт с дыханием пациента и, при необходимости, способствовать снижению частоты дыхания.

Вместо глубины можно использовать образ расстояния. Например, вы можете попросить пациента предста-

49

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

вить, что он удобно устроился на плоту или в маленькой лодке, плавно плывущими вниз по реке. Пусть он почувствует, как течение уносит его все дальше и дальше (от повседневного мира), река становится все шире и шире, так что он все больше и больше отдаляется от берегов, ощущая легкое покачивание, по мере того как медленно подплывает к идиллическому

внутреннему миру.

Любой такой образ-представление при необходимости может быть расширен. Пусть, например, пациент, спустившись с террасы, побродит по лугу, наслаждаясь ароматом травы и цветов, а потом направится к лесу, чтобы сесть и помечтать, или к берегу ручья — посмотреть на текущую воду.

3.2.2. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СЛУХОВОЙ АНАЛИЗАТОР

К способам воздействия на слуховой анализатор относятся все те методы, при которых используются различные шумовые и звуковые раздражители. Хорошо известно успокаивающее, усыпляющее действие таких раздражителей, как шум колес поезда, ветра в трубе, морского прибора. Однообразное тикание часов, шум падающей капли воды в сосуд, стук метронома — все это можно использовать для вызывания гипнотического состояния. Для этой цели в кабинете, где будет производиться гипнотерапия, устанавливается прибор для получения одного из указанных выше звуков.

Раз начав пользоваться каким-либо источником звука, не следует переходить на другие раздражители, так как новые сигналы будут мешать иррадиации торможения, возникающего по законам условнорефлекторной деятельности.

50

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

3.2.2.1. Метод внушения состояния сна

Пациента укладывают в темной комнате, невдалеке устанавливают источник звука. Источник включают на несколько минут, чтобы пациент привык, адаптировался к этому звуку. Затем пациента просят закрыть глаза, думать о сне и внимательно слушать метроном.

Спустя 10-15 минут начинают произносить формулы словесного внушения. Речь должна быть монотонной, тихой, однообразной и в то же время слегка эмоционально окрашенной. Между отдельными частями фраз делаются паузы. В паузах продолжает работать источник звука.

Формула внушения при этом методе может быть следующей:

«Закройте глаза... думайте о сне. Фиксируйте свое внимание на звуке (характеризуется звук) и слушайте мой голос... Я начну считать от 1 до 20, и постепенно, с каждым моим счетом ваше тело начнет расслабляться... дыхание будет становиться ровным, спокойным... Постепенно вас будут охватывать приятная дремота, сонливость... Один... Два... Три... Ваше тело постепенно расслабляется... тяжелеют руки... ноги... Четыре... Пять... Приятное тепло распространяется по всему телу... исчезают посторонние звуки... Шесть, семь, восемь... В голове появляется легкий туман... с каждым моим словом он усиливается... обволакивает все тело... и от этого мышцы всего тела расслабляются все сильнее и сильнее... Девять, десять, одиннадцать. Туман все нарастает... усиливается чувство сонливости... все больше и больше хочется спать... Ваше внимание сконцентрировано только на звуке... моем голосе... приятном чувстве расслабленности и теплоты... Двенадцать, тринадцать, четырнадцать... Вы постепенно засыпаете... мой голос слышится несколько тише...

51

Основы клинической гипнотерапии

отдаляется от вас (следует говорить тише и можно несколько отодвинуться от пациента). Пятнадцать, шестнадцать, семнадцать... С каждой цифрой, с каждым звуком вы засыпаете все сильнее и сильнее... Остается только мой голос... чувство приятной расслабленности и теплоты во всем теле... дыхание ровное, спокойное... Вас обволакивает чувство приятной расслабленности и покоя... Восемнадцать... девятнадцать... Спите глубже... крепче... еще крепче (здесь голос врача должен стать настойчивее, увереннее). Двадцать. Спите глубже... еще глубже и внимательно слушайте мой голос» (и т.д.). Потом следуют лечебные внушения, о которых речь пойдет ниже.

3.2.2.2. Фракционный метод внушения состояния сна

Техника гипнотизирования та же, что и в предыдущем описании, только применяется в сочетании с фракционным методом. Досчитав, например, до 10, врач говорит: «Сейчас я посчитаю до 3 и на счете 3 вы проснетесь, а затем я снова погружу вас в более глубокое гипнотическое состояние». Когда пациент откроет глаза, врач выясняет, какие ощущения присутствовали в состоянии пациента, что помогало ему погрузиться в гипнотическое состояние, что мешало. Затем в последующих формулах учитывает эту информацию, что помогает достичь гипноза достаточной глубины для терапии.

3.2.2.3. Метод сближения рук

Больному предлагают закрыть глаза и согнуть руки в локтевых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, указывая: «Ваши пальцы будут медленно сближаться... Когда кончики их сойдутся, вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном».

52

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Внушают симптомы наступления сна, повторяя: «Ваши пальцы сближаются все больше... и больше... Дыхание ровное, спокойное... Вы засыпаете все глубже... и глубже... Пальцы сближаются... сближаются... совсем сблизились. Глубокий вдох! {целесообразно императивно сказать в момент начала вдоха}. Вы засыпаете спокойным, глубоким сном... Спите глубже!»

3.2.2.4. Метод Л. Левенфельда

К началу XX столетия метод вербального гипноза окончательно принял современные черты. Вот, например, как он выглядел у известного в то время немецкого исследователя и практика гипноза Л. Левенфельда. «Гипнотизируемому, расположившемуся на диване или в кресле, я говорю: «Лежите спокойно и не заботьтесь ни о чем. Вами все больше и больше овладевает чувство покоя, приятного, удобного покоя. Все нервы, все члены, все тело успокаивается. Голова устает все больше и больше. Усталость все больше возрастает — руки, ноги, все тело становятся усталыми, тяжелыми, вялыми. Усталость переходит и на глаза. Глаза тяжелеют, устают все больше и больше. Зрение становится все туманнее, все неяснее, все слабее. Глаза устали совсем, совсем отяжелели. Веки опускаются все ниже и ниже, смыкаются все больше и больше и вот теперь совсем закрываются (при этом внушении объект фиксации — рука гипнотизера —■ постепенно опускается. Если глаза при этом не закрываются произвольно, гипнотизируемому дается знак закрыть их). Глаза закрыты совсем, усталость и сонливость растут. Во всем теле становится все спокойнее и все тише. Дыхание медленное, спокойное, ровное. Сердце бьется спокойно и медленно — в голове все спокойнее и спокойнее. Мысли исчезают, становятся все более и более вялыми, их все меньше и меньше. А вот они уже и

53

Основы клинической гипнотерапии

начинают путаться. Все путается в голове, все стирается, все исчезает. Вами все больше и больше овладевает дремота. Вы тихо и спокойно засыпаете. (Последние фразы произносятся все более пониженным голосом, который в конце концов переходит в шепот.) Вам становится все приятнее и приятнее. Сонливость, забытие растут все больше и больше. Вы не думаете ни о чем больше, ни о чем не заботитесь, ничего не знаете. Вы не видите ничего. Слышите только нечетко и как будто откуда-то издалека. Вы ничего не чувствуете. Сознание исчезает куда-то. Вы все крепче и крепче засыпаете. Сон ваш все глубже и глубже, все крепче и крепче. Вы засыпаете спокойно и сладко. Вы спите спокойно и крепко».

3.2.2.5. Метод Форея

Эффективный метод, применявшийся в конце прошлого века. «Пациента усаживают в кресло, предлагают ему смотреть себе в глаза в течение

нескольких секунд (но не более одной или в крайнем случае 2 мин) и заявляют ему громким и уверенным, но несколько монотонным голосом, что у него все идет превосходно, что глаза его становятся уже влажными, что веки его тяжелеют, что он чувствует приятное тепло в ногах и руках. Вслед за этим предлагают пациенту фиксировать своим взором большой и указательный пальцы левой руки гипнотерапевта. Пальцы в последующем незаметно малопомалу опускаются с целью выполнить опускание век.

Если веки опускаются, то цель достигнута. В противном случае пациенту говорят: «закройте веки». Вслед за этим поднимают руку пациента, прислоняют ее к стене и говорят, что она оцепенела. Лучше всего тут же заявить ему, что кисть этой руки непреодолимо притягивается к голове. Если это не достигается,

54

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

то слегка помогают этому, внушают определенно и убедительно, внушают в то же время и исчезновение мыслей, послушность нервов, благосостояние, спокойствие, дремоту.

Как только замечают, что одно из этих внушений начинает действовать, тотчас же стараются это использовать, подчеркивают это и предлагают пациенту подтвердить это кивком головы.

Каждое подтвержденное внушение является вначале значительным активом, который необходимо использовать для дальнейших внушений: «Смотрите, как это прекрасно действует! Вы крепче засыпаете. Ваша рука оцепенела все больше, вы уже не можете ее опустить!» (Пациент делает успешную попытку, ему препятствуют в этом и заявляют решительно: «Нет-нет, когда вы хотите ее опустить, она сама поднимается к голове! Вы видите, я все больше притягиваю ее к голове!» И так далее.)

3.2.3. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КОЖНЫЙ АНАЛИЗАТОР

3.2.3.1. Метод пассив с прикосновением

Пациента укладывают на теплую кушетку или кровать. Шея, верхняя часть груди и руки больного должны быть обнажены; к ногам пациента может быть положена грелка. Врач садится или становится возле постели больного так, чтобы было удобно в течение 15-20 минут без особого напряжения проводить теплыми руками (их следует вымыть, обсушить и согреть в присутствии пациента) сверху вниз вдоль тела от головы к ногам, слегка прикасаясь к коже лица, шеи, груди и рук. Эти движения повторяют, делая этот своеобразный «массаж» медленно, с одинаковой скоростью.

55

Основы клинической гипнотерапии

Вскоре становится очевидным, что даже при полном молчании врача (больному ясно, что его усыпляют) больной начнет проявлять признаки сонливости, его глаза закроются и он уснет. Тогда, после проверки глубины гипнотического сна, переходят к проведению лечебного внушения.

3.2.3.2. Метод сочетания пассив и словесного внушения

Положение врача и пациента такое же, как и при проведении предыдущей методики. Врач производит те же движения рук, но к этому «массажу» присоединяет словесное внушение признаков сонливости. Формула внушения в этом случае может быть следующей: «Закройте глаза... думайте о сне... Дышите спокойно, равномерно, глубоко... и теперь... с каждым звуком моего голоса... с каждым вашим дыхательным движением... вас будет охватывать приятная усталость... Все ваше тело расслабляется... тяжелеет... приятная сонливость охватывает вас. Мой голос действует на вас успокаивающим... усыпляющим образом... Дремота... сонливость все нарастают... усиливаются. Ваше тело приятно расслаблено... чувство легкости... покоя... обволакивает все тело... Все сильнее и сильнее хочется спать... спите глубже... еще глубже» (и т. д.).

Этот метод действует обычно лучше предыдущего. Однако для больных, которые с трудом засыпают, когда над ними говорят, целесообразно применять другие способы (в частности, предыдущий).

3.2.3.3. Метод пассов

Предлагаемый способ — самый старинный из все существующих. Положение врача и пациента такое же, как и при предыдущих методах. Особенностью является то, что руки врача не прикасаются к коже пациен-

56

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

та, а находятся в отрыве от нее, на очень небольшом (2-5 см) расстоянии. Движения теплыми руками над кожей больного называются «пасса́ми». Пассы представляют собой очень слабые температурные раздражители, улавливаемые, однако, нашими рецепторами. Предполагают, что также играет роль слабый массаж воздушными колебаниями, возникающими при движении рук врача.

3.2.3.4. Метод «Левитация руки»

Сядьте рядом с пациентом. Полезно сначала узнать, левша он или правша, и сделать вид, что выбираете, с какой стороны сесть. Нет никаких свидетельств, что это имеет хоть малейшее значение, за исключением того, что, принимая имплицитное внушение, пациент осознает начало особого процесса и приход особого состояния. Далее вы говорите пациенту буквально следующее: «Расслабьтесь, позвольте себе стать расслабленным и удерживайте внимание на том, что я говорю. Разрешите мне взять вас за руку; не помогайте мне, просто дайте этому произойти. *(Возьмите пациента за руку, свободно поддерживая ее за запястье кончиками пальцев одной руки)*. Я собираюсь через минуту-другую медленно проводить своим пальцем от кончика вашего пальца до запястья (или лучше, если у него открыты предплечья, до локтя). Вы почувствуете легкое покалывание (начинайте двигать один палец медленно и легко вверх по тыльной стороне руки клиента от кончика пальца до запястья или локтя, едва касаясь кожи), и это покалывание будет продолжаться (к этому времени вы уже не прикасаетесь к пациенту) после того, как я прекращу вас касаться. Хорошо. Теперь я собираюсь сделать это опять, и вы снова почувствуете покалывания, но в этот раз вы можете также ощутить слабые движения пальцев

57

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

руки, легкие движения подергивания, которые происходят вне вашей воли.

(Повторяйте слабые прикосновения. Как только вы увидите какие-либо легкие движения пальцев, одобрительно выскажитесь о них.) Хорошо.

(Если глаза пациента все еще открыты, вы, возможно, захотите в этот момент внушить ему закрыть их, хотя это необязательно. Отметьте также, что движения будут продолжаться, пока вы не внушите, чтобы они прекратились. Всегда помните о том, что вы должны отменить внушенные феномены.)

Теперь движение будет затухать, и эта рука постепенно полностью вернется к нормальному состоянию. Хорошо. Теперь я снова начну двигать пальцем вверх по руке *(по ладони, а если хотите, и до плеча)*. В этот раз я бы хотел, чтобы ваша рука становилась все легче и легче, становилась легкой, как перышко, легкой, как воздушный шарик, и если вы можете позволить этому произойти полностью, она начнет подниматься вверх.

(Если ничего особенного не происходит или если вы чувствуете просто некоторое ослабление давления руки, но не ощущаете настоящего движения вверх, попробуйте плавно двигать его руку вверх и вниз легкими движениями вашей собственной руки. Как только его рука начнет подниматься, продолжайте.) (рис. 5).

Хорошо. Поднимается вверх, легкая, как перышко, легкая, как воздушный шарик; просто наслаждайтесь очень приятным чувством легкости, по мере

того, как ваша рука поднимается вверх. Пока она поднимается все выше и выше, вы можете позволить себе легко и плавно погрузиться в еще более расслабленное и удобное состояние, погрузиться глубже и глубже в транс.

58

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА



Рис. 5. Левитация руки

(Если глаза пациента все еще открыты, внушите, что он смотрит на поднимающуюся без его желания руку.

Если глаза закрыты, вы можете внушить, чтобы пациент открыл их, оставаясь при этом полностью расслабленным, т.е. не выходя из уже достигнутого транса. Когда его запястье поднимется не менее чем на 5—7 см, удерживайте его в вашей руке).

Теперь ваша рука может остановиться, постепенно вернуться к нормальному ощущению веса и начать медленно опускаться. По мере того как она опускается, ваши глаза могут снова закрыться (если глаза пациента открыты), и вы погрузитесь на следующий уровень гипноза, еще более спокойный, еще более удобный. Вы чувствуете себя все более и более отстраненным, удаленным и отстраненным. Хорошо. Теперь ваша рука полностью вернулась к нормальному состоянию, и вы находитесь в глубоком трансе, чувствуя себя очень комфортно».

59

Основы клинической гипнотерапии

3.2.4. ОДНОВРЕМЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ТРИ АНАЛИЗАТОРА

С целью усиления гипнотического воздействия используются приемы, связанные с воздействием на три анализатора одновременно.

3.2.4.1. Прием Шиллера-Школьника

Примером может служить давно известный способ, описанный Шиллером-Школьников (1911). «Гипнотизер упорно старается своим правым глазом смотреть в левый глаз гипнотизируемого, так как левый глаз более впечатлителен и легче поддается влиянию». {Здесь следует отметить, что уже в этот период эмпирически была замечена функциональная межполушарная асимметрия — левый глаз иннервируется правым полушарием, ответственным за образное творчество, а левое — за логическое мышление. Это правило справедливо только для правшей.) Это продолжается 2—3 минут, после которых начинает замечаться растерянность взгляда и гипнотизируемый в это время теряет способность ясно мыслить.

Это производится стоя, затем субъекта усаживают в удобное кресло или кладут лицом вверх на диван или кровать.

Ничто не должно связывать или стеснять дыхание... Опыты же проводятся в полной тишине и среднем освещении.

Гипнотизер садится лицом к лицу с гипнотизируемым, берет его обе руки у пульса, слегка пожимая их, и пристально смотрит в глаза, произнося при этом вслух: «Я вас гипнотизирую, вы уснете!» Гипнотизер в этот период должен быть уверенным в своих словах и действиях. Его уверенность должна выражаться в движениях, интонации, жестах.

60

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

По прошествии нескольких минут начинает ощущаться значительная теплота между пальцами, и гипнотизер отпускает руки пациента и переносит свои руки ему на плечи, при этом отчетливо произносит: «Вы засыпаете все глубже и глубже! Вы думаете только о сне и засыпаете!» Затем гипнотизер медленно, в течение нескольких минут проводит вдоль рук гипнотизируемого, от плеч до пальцев рук, своими руками. Спустя несколько минут гипнотизер кладет свои руки на голову гипнотизируемого и производит в это время круговые медленные и несильные трения висков своими мизинцами. Это действие проводится в течение 2—3 минут.

В заключение гипнотизер берет своей левой рукой правую руку гипнотизируемого у пульса, правую свою руку с раскрытой ладонью, обращенной к глазам гипнотизируемого, приподнимает высоко над головой и предлагает смотреть только в центр ладони.

Несколько раз он медленно приподнимает и опускает свою правую руку вверх и вниз, требуя все время от гипнотизируемого смотреть только на ладонь и не спускать глаз с движущейся медленно вверх и вниз правой руки. Во время этого гипнотизер произносит шепотом, но очень ясно и настойчиво несколько раз: «Вы засыпаете! Засыпаете все глубже и глубже! Глубокий сон!» У гипнотизируемого обычно смыкаются веки, и он засыпает гипнотическим сном.

3.2.4.2. Гипнотизация в три приема

Сядьте близко к пациенту с любой стороны, чтобы оказаться в той позиции, в которой вы сможете удерживать руку пациента в воздухе, когда придет время. Вы говорите пациенту: «Через несколько мгновений я попрошу вас совершить ряд действий. Когда я скажу: «Раз», я хочу, чтобы вы подняли глаза так высоко

61

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

вверх, как это только возможно, и удерживали их в таком положении, не запрокидывая голову, так как это причинит неудобство. Когда я скажу: «Два», я хочу, чтобы вы закрыли глаза и одновременно глубоко вдохнули. Когда я скажу: «Три», я возьму вашу руку, а вы позволите своим глазам расслабиться, позволите себе выдохнуть и расслабить все тело так, чтобы быстро и комфортно погрузиться в первую стадию транса. Это довольно трудно, поэтому я повторю еще раз. *(Кратко повторите инструкции, затем возьмите пациента за запястье, но пока не двигайте его.)* Хорошо. Итак, «Раз» — поднимайте глаза вверх. Хорошо. «Два» — закройте глаза и вдохните. Хорошо. «Три» — пусть ваши глаза расслабятся, выдохните *(в этот момент поднимайте руку пациента, пока его локоть не выпрямится и рука не приблизится к вертикальному положению, и плавно продолжайте)*. Пусть все ваше тело расслабится. Хорошо. Вы начали входить в состояние транса. Хорошо. Через 1—2 минуты я начну снова медленно опускать вашу руку и по мере того, как я буду это делать, она постепенно вернется к нормальному состоянию, и вы почувствуете, как все глубже и глубже погружаетесь в транс. *(Снова удерживайте руку пациента и постепенно осторожно опускайте ее вниз, пока она не окажется на ручке кресла или на его коленях.)* По мере того, как ваша рука постепенно опускается, начинайте все больше и больше успокаиваться. Хорошо».

3.2.4.3. Техника «противоречия»

Сядьте сбоку от клиента и будьте готовы взять его руку за запястье. Говорите пациенту: «Просто позвольте мне взять вашу руку. Не помогайте мне, просто разрешите ей стать безвольной. Итак, когда вы были маленьким ребенком, младенцем, ваша мать, я предпола-

62

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

гаю, брала вас на руки и качала, чтобы успокоить вас и помочь погрузиться в сон. Представьте себе, как это было, что вы чувствовали, когда она качала вас *(начиная легонько покачивать руку пациента вперед-назад в такт своим словам)* вперед-назад, вперед-назад. Вспомните, что вы чувствовали, когда она качала вас вперед-назад *{постепенно выводя свои движения из соответствия с тем, что вы говорите, до тех пор, пока, говоря «назад», вы не будете двигать руку вперед и т. д.}*, взад-вперед, заставляя вас чувствовать себя так спокойно и удобно, что вы погружались в сон, плавно и комфортно, покачиваясь вперед-назад *(к этому времени ваши движения постепенно возвращаются обратно к совпадению с вашими словами, лишь для того, чтобы снова выйти из этой фазы)*, так же, как вы уплываете прочь сейчас, далеко уплываете от обычного мира, вы расслаблены, вам удобно, вы погружаетесь все глубже и глубже, по мере того, как чувствуете, что раскачиваетесь вперед-назад, вперед-назад. Хорошо. А теперь так же, как ваша мать укладывала вас, когда вы засыпали, я оставляю вашу руку здесь, внизу *(соизмеряя действия со словами)*, чтобы вы могли просто уплыть прочь, наслаждаясь ощущением теплоты, комфорта и расслабленности».

3.2.5. ДРУГИЕ МЕТОДЫ ПОГРУЖЕНИЯ В ГИПНОТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

3.2.5.1. Метод Фогта—Кречмера (фракционный гипноз)

Обычно применяется в тех случаях, когда пациент малогипнабелен и у врача нет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз (может применяться также начинающими психотерапевтами

63

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

для выработки уверенности). Одним из способов пациента погружают в неглубокий гипноз (на ту глубину, на которую смогут), затем внушают: «Сейчас я досчитаю до трех, и на цифре «три» вы проснетесь и откроете глаза. Затем я снова погружу вас в гипнотическое состояние, но уже более глубокое». После пробуждения пациента просят рассказать о своих ощущениях во время гипнотизирования: что способствовало погружению в гипнотическое состояние, а что мешало. Затем приступают к повторному гипнотизированию, учитывая все отрицательные и положительные моменты, выясненные при опросе больного. Пациент через каждые 3-5 минут выводится из гипноза, а затем снова погружается. Таким образом удастся погрузить пациента в гипнотическое состояние достаточной глубины (для того, чтобы произвести терапевтические внушения).

Для облегчения погружения пациента в гипнотическое состояние Кречмер перед сеансом и во время пауз рекомендовал применять приемы аутогенной тренировки в релаксирующем варианте: вызывание чувства расслабления, тяжести и тепла в конечностях. После того, как больной посредством самовнушения вызывает у себя тяжесть и тепло в теле, врач снова погружает его в гипнотическое состояние. Этот прием повышает восприимчивость больного к гипнозу и позволяет добиваться глубокой стадии, достаточной для проведения терапевтических внушений.

И.З. Вельвовский с сотрудниками несколько модифицировали этот метод. Они не будят больного, а стимулируют ответы на вопросы, не выводя пациента из гипноза. В некоторых случаях в паузах больному демонстрируют, что внушения реализовались. Например, что он не может пошевелить рукой или ногой.

64

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

3.2.5.2. Метод Шарко (шоковый метод)

Существует множество вариантов. Приводим наиболее распространенный. Пациенту предлагают встать спиной к креслу или дивану. Врач становится справа (или слева) от пациента и говорит примерно следующее: «Сейчас вы уснете глубоким, крепким сном. Стойте ровно, не сгибайте тела. Закройте

глаза». Далее психотерапевт, положив больному одну руку на лоб, а другую на затылок, слегка откидывает голову пациента назад и внушает: «Ваше тело свободно раскачивается». При этом легким давлением на голову больного врач начинает его слегка раскачивать, постепенно увеличивая амплитуду. «Вас тянет все больше и больше назад. Вы падаете назад все больше и больше. Будьте спокойны. Падайте свободно. Я держу вас». Затем, еще больше увеличив амплитуду качания, врач внезапным давлением на лоб больного резко опускает его в кресло или на диван, стоящие сзади, и громко повелительным тоном приказывает: «Спать! Спать глубже! Глубже! Глубже!» В некоторых случаях «приказ» сопровождается внезапным сильным звуком (удар гонга, хлопок) или вспышкой сильного источника света. Многие больные (в большинстве случаев — истеричные) сразу погружаются в гипнотический транс.

3.2.5.3. Воспоминание об имевших место ранее гипнотических состояниях

Может применяться при гипнотизации пациентов, которые ранее уже подвергались гипнотерапии. Врач выясняет у пациента всю последовательность ощущений, зрительных и аудиальных восприятий при проведении сеанса. Нередки случаи, когда, рассказывая о предыдущем гипнотическом состоянии, пациент входит в состояние гипноза. В других случаях врач использует

3. В. А Ружвико*

65

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

и ту последовательность действий, которую ему сообщил пациент.

3.2.5.4. Перевод обычного сна в гипнотический

В работе психотерапевта нередко встречаются больные, заболевание которых могло бы быть успешно излечено с помощью гипнотерапии, однако оказывается, что некоторых из таких больных не удастся погрузить в состояние гипнотического сна с помощью обычных приемов гипнотизации. В таких случаях рекомендуется с согласия больных переводить их обычный сон в гипнотический. Довольно легко это удастся осуществить у детей и у лиц, имеющих склонность разговаривать во сне.

Подойдя к спящему обычным сном человеку, врач садится у его изголовья и тихо сидит 2 — 3 минуты. Затем начинает проводить руками вдоль тела больного, не прикасаясь к его коже. Сначала тихим голосом, чтобы не разбудить пациента, а потом все громче врач говорит: «Продолжайте спать... Вы слышите мой голос и продолжаете спать!.. Спите глубже... еще глубже!.. Теперь вы хорошо слышите мой голос и продолжаете спать!.. Спите крепче!.. Теперь вы можете отвечать на мои вопросы и спать все глубже и глубже» (и т. д.). Если спящий начинает, не просыпаясь, отвечать на вопросы, то цель достигнута — нормальный сон перешел в гипнотический и врачу удалось установить раппорт с больным. С этого момента уже можно переходить, собственно, к психотерапии.

3.2.5.5. Авторский метод

Пациент располагается на удобной кушетке или в мягком удобном кресле. Больному предлагается принять позу, в которой ему комфортно будет пребывать

66

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

продолжительное время, закрыть глаза и расслабиться. После этого врач-психотерапевт говорит: «Сейчас я поднесу свою руку к вашему лбу, внимательно обращайтесь внимание, что будет происходить, какие чувства начнут появляться в голове, во всем теле, какие образы или цвета появятся перед глазами». После этого врач подносит руку к центру лба пациента на расстоянии от 10 до 12 см, слегка то приближая, то отдаляя руку, внимательно наблюдая за невербальным поведением больного. Спустя 1—3

минуты пациенту предлагается открыть глаза и рассказать о своих ощущениях и переживаниях.

Наиболее часто больные отмечают, что чувствовали в центре лба легкое тепло, которое нарастало, возникал туман в голове, тело становилось легким (или наоборот — тяжелым), перед глазами появлялись цветные пятна и т. п. После этого врач снова предлагает больному закрыть глаза, подносит руку к его лбу и начинает внушением усиливать те естественные ощущения, которые и так возникают у пациента. Спустя 2—3 минуты переходят к внушению сна. Описанному методу поддается большинство пациентов.

•К* -К

Часто бывает так, что начинающий психотерапевт не удовлетворен тем, как у него получается наведение гипнотических состояний. В таких случаях рекомендуется использовать «сверхнадежную» технику Э. Росси.

Вы даете пациенту следующие инструкции, помня о том, что вы говорите на его выдохе, используя короткие фразы:

1. Поднимите руки перед собой, согнув в локтях, ладони — параллельно друг к другу. Почувствуйте, что между ладонями существует как бы «магнитное поле».

67

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Дайте себе время ощутить это «поле», поток энергии между ладонями.

2. А сейчас начните думать о слове «ДА», буквально увидите это слово внутренним взором... Делая это, вы можете обнаружить, что ваши ладони начинают сближаться или отдаляться друг от друга в то время, когда ваше тело говорит «ДА».

3. А сейчас начните думать о слове «НЕТ» и выясните, будут ваши ладони сближаться или отдаляться в то время, когда ваше тело говорит «НЕТ».

4. По мере того, как вы почувствуете, что медленно засыпаете (и только тогда!), ваши руки начнут медленно опускаться на колени.

5. И ваше сознание может задать вопрос, на который может ответить только ваше подсознание, и это единственный вопрос, на который оно может ответить: «Какой палец поднимет ваше подсознание, подавая сигнал «ДА»? И вы можете думать только о слове «ДА» и с любопытством ждать, какой палец поднимет ваше подсознание.

6. А сейчас вы можете подумать о том, какой палец поднимет ваше подсознание, когда вы подумаете о слове «НЕТ». Подумайте о слове «НЕТ» и с любопытством ждите, какой палец поднимет ваше подсознание.

7. По мере того, как я буду считать до десяти, с каждой цифрой вы будете засыпать все глубже, и когда я скажу «десять», вы сможете обнаружить, что находитесь в глубоком сне. Один... глубже... глубже... три... глубже, еще глубже... и десять... глубокий сон.

8. И когда вы уже погрузились в глубокий сон... то есть только сейчас, в глубоком сне, вы можете понять, что способны погрузиться в сон еще глубже... Одиннадцать... еще глубже, двенадцать... глубже... пятнадцать... и, наконец, двадцать. В два раза глубже, чем вы себе представляли раньше.

68

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

9. И вы можете начать исследовать внутренний мир, открывшийся перед вами. Когда вы идете по коридору, глубоко внутри себя, на одной стене вы можете видеть картины и образы, представляющие все то, что вы любите в жизни и чего хотите... Вы говорите этому «ДА». Ну, а на другой стенке вы видите образы и картины, изображающие все то, что вам в жизни не нравится, и вы испытываете соответствующее чувство, говоря этому «НЕТ».

10. И, продолжая идти по коридору, который спускается вниз, вы продолжаете видеть картины на стенах. Возможно, это будут портреты людей из вашего прошлого или прошлого других людей, с которыми вас связывают

определенные отношения в настоящем, или тех, с кем вы хотели бы общаться в будущем.

11. И, продолжая идти, вы можете увидеть стену с картинами, изображающими все, о чем вы мечтаете, на что надеетесь, ваши мечты и надежды... можете услышать музыку... эмоциональную мелодию вашей жизни.

12. И еще дальше и глубже, и вы видите зеркала на обеих стенах коридора. Зеркала отражаются в зеркалах... и вы видите бесконечное множество отражающихся друг от друга образов, и видите себя в бесконечном количестве зеркал... и находитесь в бесконечном количестве мест.

13. И, размышляя над одним образом, потом над другим... третьим... вы можете понять, что У ВАС ЕСТЬ ВСЕ РЕСУРСЫ, КОТОРЫЕ КОГДА-ЛИБО МОГУТ ВАМ ПОНАДОБИТЬСЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ РЕАЛИЗОВАТЬ ВАШИ МЕЧТЫ И ОСУЩЕСТВИТЬ НАДЕЖДЫ, КОТОРЫЕ ТАК ВАЖНЫ ДЛЯ ВАС...

14. И дайте себе время испытать в полной мере ощущение безопасности и уверенности... Это ваше собственное чувство. И только тогда, когда вы почувствуете себя

69

Основы клинической гипнотерапии

в безопасности и ощутите уверенность в том, что способны научиться и развиваться, начинайте медленно возвращаться в эту комнату, в настоящий момент.

3.3. РАППОРТ

Термин «раппорт» предложил Ф.А. Месмер. Он означал физический контакт, благодаря которому происходила передача «флюида» от магнетизера к пациенту. В условиях группового сеанса Месмер использовал различные «намагнетизированные» им предметы, прикасаясь к которым и друг к другу, пациенты составляли цепь, по которой «циркулировал флюид».

Считается, что в своеобразной «связи» спящего с гипнотизером заключается принципиальное отличие гипноза от естественного сна. При обычном сне человек впадает в полное забытие, при гипнотическом он может слышать, видеть, чувствовать, говорить, передвигаться и т.д. Устанавливается так называемый раппорт — связь гипнотизера с гипнотиком.

Раппорт существует благодаря тому, что в состоянии гипноза всегда остаются «бодрые», «дежурные» пункты в коре больших полушарий; в частности, имеется связь через незаторможенный слуховой анализатор. Именно эти «сторожевые пункты» являются физиологической основой раппорта.

Бодрствующие участки составляют так называемую зону раппорта. Только через эту зону раппорта гипно-тик избирательно воспринимает лишь слова гипнотизера. Кроме того, гипнотизирующий врач через эту зону находится в своеобразной связи с другими участками коры головного мозга пациента. Благодаря этому врач словесным воздействием может влиять на вторую и первую сигнальные системы, подкорку, а через них и на другие функции организма.

70

Глава 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Различают два вида раппорта: *изолированный* и *генерализованный*. При изолированном раппорте гипно-тик тонко дифференцирует слова гипнотизера, интонацию, тембр голоса и поэтому реагирует только на слова психотерапевта, усыпившего его. При генерализованном раппорте любой присутствующий на сеансе может вступить в контакт с гипнотиком («передача раппорта» другому лицу). Генерализовать раппорт с целью передачи его другому лицу (например, другому психотерапевту) можно посредством внушения. Например: «Сейчас вы будете четко слышать голос другого врача... и сможете легко подчиняться его словам».

Явления «сторожевого пункта», имеющие место, например у матери, которая

спит и сразу же просыпается, когда заплачет ребенок, но не просыпается при любых других звуках и шумах, лишь внешне похоже на раппорт. При последнем, в частности, человек не просыпается, а может поддерживать контакт.

3.4. МЕТОДЫ ВЫВОДА ИЗ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений. Примерная формула для дегипнотизации может быть следующей: «А теперь я буду считать от 1 до 10 и на цифре 10 вы проснетесь, откроете глаза и будете чувствовать себя как-то особенно хорошо... бодро... спокойно. Один... два... постепенно возвращается обычная чувствительность в теле... появляются окружающие вас звуки, шорохи... восстанавливается обычный тонус мышц... Три... четыре... пять... в теле появляется чувство свежести... бодрости... шесть... семь... восемь... Мышцы становятся упругими... голова свежее... Девять... десять... Глаза открываются... Вы полностью проснулись. (В середине 71

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

формулы вывода из состояния гипноза целесообразно провести следующее внушение: «С каждым последующим сеансом вы будете особенно быстро погружаться в глубокое гипнотическое состояние... А теперь... после того, как вы проснетесь... Вы пойдете в палату (или домой — если пациент амбулаторный) и еще поспите несколько часов... сколько необходимо...)

В случае, если пациент не просыпается, вышеприведенное внушение можно повторить еще раз. Если и в этом случае пациент не выходит из состояния гипноза, целесообразно оставить его спать. В таких случаях рекомендуется дать следующее внушение: «Прекрасно! Продолжайте спать! Вскоре вы сами проснетесь... когда в этом будет потребность или ваше желание!»

3.5. ВЫБОР СПОСОБА ГИПНОТИЗАЦИИ

Что касается вопроса, какому методу следует отдать предпочтение при гипнотизации пациента, то нужно сказать, что все методы хороши, когда они применяются правильно.

Начинающим психотерапевтам (гипнологам) рекомендуется на первых сеансах не давать безапелляционные внушения о том, что пациент сразу же будет крепко спать. Наоборот, перед сеансом целесообразно рассказать пациенту, что гипноз — это не обычный сон, а особое сноподобное состояние, поэтому, возможно, на первом сеансе пациент будет лишь слегка дремать и обязательно все слышать. Только при последующих сеансах гипнотерапии его гипнотическое состояние будет становиться все глубже и глубже.

От применяющего метод внушения и гипноза врача требуется не только знание техники гипнотизации, но и умение уверенно держаться, говорить и находить положительный контакт с больным.

72

Глава 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

При выборе метода гипнотизации следует учитывать особенности взаимодействия сигнальных систем пациента. По наблюдениям И.В. Стрельчук (1953), гипнотический сон быстрее и эффективнее всего достигается путем первичного воздействия через ту сигнальную систему, которая более тормозима у данного пациента. Поэтому:

- при гипнотизации больных истерией целесообразно применять словесное воздействие, т.е. первичное воздействие на вторую сигнальную систему;
- при лечении больных психастенией — воздействие на первую сигнальную систему монотонными, ритмическими, световыми и кожными, особенно тепловыми раздражителями;
- для пациентов без резкого преобладания в высшей нервной деятельности какой-либо из сигнальных систем рекомендуется воздействие одновременно на обе сигнальные системы путем комплексного воздействия словесного внушения со зрительными, кожными или слуховыми раздражителями.

По мнению Н.К. Боголепова (1936), при выборе метода гипнотизации следует учитывать состояние вегетативной нервной системы пациента:

- пациенты, у которых при переходе в горизонтальное положение наступает значительное замедление пульса, лучше поддаются гипнотизированию в горизонтальном положении;
- люди, у которых имеется явно выраженный симптом Ортнера (замедление пульса при запрокидывании головы назад), лучше поддаются гипнотизированию в полусидячем положении с откинутой назад головой;
- при гипнотизации людей с имеющимся преобладанием парасимпатической системы над симпатической лучше действуют однообразные, слабые раздражители (корковый, нисходящий гипноз); в этом аспекте клас-

73

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

стики отмечали, что лиц с потными руками, с преобладанием парасимпатического звена вегетативной нервной системы гипнотизировать легче;

- на больных с преобладанием тонуса симпатической системы, особенно на лиц с выраженным симптомом Ортнера, лучше действует шоковый метод с применением сильных, внезапных и резких раздражителей.

Успешная гипнотизация с лечебной целью зависит в основном от трех факторов:

- 1) от типа высшей нервной деятельности пациента, его внушаемости и гипнабельности;
- 2) от обстановки проведения сеанса;
- 3) от опыта и техники гипнотерапевта, сочетающего теоретические знания и практический навык.

Большое, подчас решающее значение имеет среда, окружающая больного в стационаре, отношение среднего и младшего персонала, врачей. От того, как поставлено дело в данном медицинском учреждении, как относится к гипнотерапевту и проводимому им лечению руководство клиники, больницы, что говорят окружающие люди, степень авторитета, который сумел завоевать психотерапевт, в значительной мере зависит успех проводимой гипнотерапии. Влияние психотерапии начинается и должно начинаться задолго до прихода больного в гипнотарий. От того, как подготовлен пациент лечащим врачом при направлении в кабинет гипнотерапевта, будет в немалой степени зависеть лечебный эффект.

С целью повышения эффективности гипнотерапии и внушаемости пациентов опытные гипнотерапевты иногда прибегают к следующему приему. Перед гипно-тарием концентрируется ряд больных, успешно леченных гипнотерапией; здесь же находятся и новички, впервые собирающиеся переступить порог гипнотария. Больные, успешно леченные методом гипнотерапии, как

74

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

правило, рассказывают окружающим о своих успехах, делятся своими впечатлениями и отвечают на вопросы новых больных, тем самым создается благоприятный, *суггестивный фон* для дальнейшей их встречи с гипнотерапевтом.

3.6. ГЛУБИНА ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Для проведения лечебных внушений не требуется глубокого гипнотического сна. Внушение может быть реализовано даже в состоянии бодрствования, однако часто пациенты считают, что чем глубже они спят, тем лучше лечебный эффект.

Для начинающего психотерапевта также нередко бывает важным, чтобы пациент был погружен в глубокое гипнотическое состояние; это придает им уверенности в своих силах.

Часто во время первых сеансов пациент не спит совершенно, а при последующих — достигает глубоких стадий гипноза.

Признаками наступившего гипнотического состояния считаются:

- расслабление и сглаженность мимической мускулатуры;
- прозек верхних век, их неподвижность или тремор;
- слабое слезотечение;
- каталепсия (при глубоком гипнозе, если поднять руку пациента, а затем опустить ее, то она останется поднятой);
- возможность внушенных позитивных и негативных галлюцинаций;
- в глубоком гипнозе, без каких-либо специальных внушений наблюдается повышенная потливость кожных покровов (капли пота обильно выступают на шее, лбу и ладонях);

75

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

- отсутствие глотательных движений;
- отсутствие покашливания, чихания.

Если пациент поворачивается и шевелится, то можно с уверенностью сказать, что он не находится в гипнотическом состоянии.

В гипнотическом состоянии наблюдаются (либо их можно внушить) значительное понижение или полное отсутствие кожной болевой и температурной чувствительности. Возникновение анестезии и аналгезии кожи проверяется стерильной иглой, при этом не должно наблюдаться никаких реакций, изменений пульса, дыхания, а также изменений мимики пациента.

Следует отметить, что если испытуемому в состоянии гипноза проколоть стерильной иглой кожу, то кровоточивости не будет. Этот феномен объясняется спазмом кожных капилляров, возникающим в состоянии гипноза. Способность к аналгезии и отсутствие кровоточивости можно использовать при проведении различных хирургических манипуляций.

После выхода из состояния глубокого гипнотического сна наблюдается амнезия на период гипнотического состояния; возможны так называемые отставленные внушения (в гипнотическом состоянии третьей стадии пациенту, например, можно внушить, что после пробуждения спустя ровно 5 минут он самопроизвольно вновь погрузится в состояние гипноза, увидит вошедшего знакомого ему человека, с которым поздоровается, и др.).

В состоянии гипноза наблюдается снижение артериального давления (как систолического, так и диастолического) на 10-20 мм рт. ст. У лиц, склонных к гипотонии, имеется выраженная тенденция к некоторому подъему АД и его нормализации. В гипнотическом состоянии также замедляются пульс и частота дыхания.

76

Глава 3. Приемы классического гипноза

Между состоянием бодрствования и глубоким гипнотическим состоянием существует целая гамма промежуточных состояний. Бернгейм выделял 9 стадий, Льебо — 10. На западе используется шкала Дэвиса и Хусбенда, которая содержит 5 стадий гипноза, определяемых 30 признаками, которые ранжированы в зависимости от глубины гипноза, на стадии которой они проявляются (табл. 1).

В России принята классификация глубины гипноза, разработанная В.М. Бехтеревым, с последующей доработкой П.И. Булем и Е.В. Рожновым. Выделяют **три стадии гипноза** (глубины гипнотического состоя-

Таблица 1

Шкала Дэвиса и Хусбенда

Глубина гипноза	Ранг	Признаки
Невосприимчив	0	-

чивость		
Гипноидность	1	-
	2	Релаксация
	3	Хлопанье веками
	4	Закрывание глаз
	5	Полная физическая релаксация
Легкий транс	6	Офтальмоплегия
	7	Каталепсия конечностей
	10	Ригидная каталепсия
	11	Анестезия по типу перчаток
Средний транс	13	Частичная амнезия
	15	Постгипнотическая амнезия
	17	Изменение личности
	18	Простые постгипнотические внушения
	20	Кинестетические иллюзии; полная амнезия
Глубокий транс	21	Способность открывать глаза, не выходя из транса
	23	Фантастические постгипнотические внушения
	25	Полный сомнамбулизм
	26	Позитивные постгипнотические зрительные галлюцинации
	27	Позитивные постгипнотические слуховые галлюцинации
	28	Системная постгипнотическая амнезия
	29	Негативные слуховые галлюцинации
	30	Негативные зрительные галлюцинации

77

Основы клинической гипнотерапии

ния): легкий гипноз (сонливость), средний гипноз (ги-потаксия) и глубокий гипноз (сомнамбулизм).

Первая стадия. Пациент находится в легком дремотном состоянии, но может противостоять словесным внушениям, не теряет связи с окружающим. В теле пациент чувствует легкую тяжесть, тяжесть век, но может по собственному желанию открыть глаза, подвигать конечностями, прервать сеанс. Субъективно пациент спящим себя не считает.

Вторая стадия. Характеризуется выраженной сонливостью, мышечной слабостью, притуплением органов чувств, утратой произвольных движений, пассивной подчиняемостью внушениям. Ориентировка сохраняется. Возможно внушение каталепсии. Отмечается частичная постгипнотическая амнезия. При словесном отчете пациент утверждает, что находился в состоянии легкой дремоты, слышал окружающие его звуки и шумы, мог бы

открыть глаза и пошевелить конечностями, но «не хотел этого делать».

Третья стадия. Характеризуется выраженной каталепсией, нарушением ориентировки и полной постгипнотической амнезией. В гипнотическом состоянии пациент не воспринимает никаких внешних раздражителей и поддерживает раппорт только с загипнотизировавшим его врачом. Возможно внушение положительных и отрицательных галлюцинаций, извращение характера реакций на первосигнальные раздражители (можно вызвать ожог холодным предметом, кушать лук, видя яблоко и ощущая его вкус). Пациента можно «заставить» ходить, открыть глаза, совершать воображаемые действия (скакать на лошади, грести на лодке). Легко внушается анальгезия, выключаются другие анализаторы. В этой стадии возможно постгипнотическое внушение, в том числе и внушение отсутствия амнезии.

78

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Очень часто бывает так, что пациент сразу входит в третью стадию гипноза, иногда стадии постепенно меняются от первой к третьей. Терапевтический эффект от суггестивных воздействий может быть получен на всех трех стадиях гипноза. Однако при лечении больных истерическим неврозом наибольший эффект достигается при внушениях в третьей, сомнамбулической стадии.

3.7. ГИПНОТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ

3.7.1. ВЫКЛЮЧЕНИЕ ФУНКЦИЙ АНАЛИЗАТОРОВ

В состоянии сомнамбулической стадии гипноза можно внушить выключение функции любого анализатора: полную глухоту, слепоту, утрату обоняния, вкуса и др. Реакция на раздражитель, адресованный к выключенному анализатору, в большинстве случаев может быть обнаружена на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), хотя больные при пробуждении и указывают, что они не воспринимали света, не слышали звука, не чувствовали укола. Однако, по данным А.М. Свядоща, в ряде случаев реакция на раздражитель при «выключенном» анализаторе не регистрируется на ЭЭГ. При внушении восстановленной функции реакция на свет, звук и болевой раздражитель восстанавливалась.

Возможность выключения болевой чувствительности в гипнотическом состоянии используется при проведении хирургических операций тем больным, которым противопоказан общий наркоз, или больным с аллергической реакцией на анестетики.

В гипнотическом состоянии может быть внушена глухота даже только на определенные звуки или группы слов (например, собственные имена), слепота — толь-

79

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ко в отношении определенных предметов (например, можно внушить, что больной не будет видеть стол, в то же время все остальные предметы будет видеть).

3.7.2. ВНУШЕННЫЕ «ПАРАЛИЧИ»

В третьей стадии гипноза легко внушить «параличи», достаточно сказать испытуемому: «По счету три ваша правая рука перестанет двигаться... Один... два-три! Рука застыла и не движется! Попробуйте понапрасну подвигать рукой. Рука застывает еще сильнее! А теперь по счету «два» рука начнет снова свободно двигаться. Один... два... рука движется, как и ранее». Так же удастся внушить и насильственные движения.

Автор пособия на семинарах по гипнозу демонстрировал студентам внушенную наяву невозможность двигаться следующим образом. Испытуемую, которая хорошо поддается гипнозу, автор брал за руку и говорил: «Сейчас мы сделаем вместе три шага. Я буду считать шаги. Когда я скажу на третьем шаге *три — ваша левая нога прилипнет к полу* и вы будете оставаться в этом положении. Три! Нога прилипла. Попробуйте понапрасну

подвигаться. Нога прилипает еще сильнее». Испытуемая застыла в одной позе с открытыми глазами и выражением недоумения на лице. Поскольку поза, в которой «нога прилипла к полу» была неустойчивой, то испытуемая опиралась рукой на стенку. В этот момент ей внушалось: «А теперь и рука прилипает к стенке! Прилипла рука к стенке!» После этого испытуемой предлагалось попытаться сдвинуться с места, что не получалось. Затем делалось внушение: «А теперь мышцы тела приходят в «обычный жизненный тонус». Ноги и руки двигаются, как и прежде. Вы можете свободно перемещаться». После этого испытуемая могла свободно двигать и руками, и ногами.

80

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

3.7.3. Алло- и аутопсихическая

ДЕЗОРИЕНТИРОВКА

Испытуемому, находящемуся в сомнамбулической стадии гипноза, автор внушал следующее: «Сейчас я начну считать от 1 до 5. На счете 5 вы проснетесь на поляне, среди красивых, неземной красоты деревьев и цветов... Возможно, это будет даже другая планета... не Земля. Вас удивит красота, которая вас будет окружать». После этого производился счет от 1 до 5, на цифре 5 испытуемая «просыпалась», однако не могла ориентироваться в окружающих ее предметах и месте, так как повсюду видела деревья и цветы. Не узнавала врача, который вводил ее в гипнотическое состояние.

Следует подчеркнуть, что, по нашему наблюдению, в таких случаях испытуемые не выходят полностью из состояния гипноза, а переходят на качественно иной уровень состояния сознания. Глаза у них открыты, однако создается впечатление «сна наяву». Речь и движения испытуемых замедленные, взгляд фиксируется на внушенных образах.

В других случаях автор внушал испытуемым: «Сейчас я буду считать от одного до 5. С каждой цифрой ваша левая рука начнет постепенно как бы «таять в тумане» и на цифре 5 полностью исчезнет из поля зрения. Один... перед глазами появляется туман... рука постепенно исчезает в тумане, два — рука еле видима..., три — туман нарастает, усиливается, рука растворяется в тумане... постепенно исчезает... четыре... рука почти полностью исчезла... пять... очень сильный туман! Рука полностью исчезает! Посмотрите на то место, где была ваша левая рука... Рука исчезла». Наблюдая «то место, где была рука», испытуемая испытывала чувство легкого недоумения, так как не чувствовала и не видела свою руку.

81

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

После этого делалось краткое внушение: «А теперь рука полностью возвращается на место».

Аналогичным способом испытуемой внушалось, что на цифре 5 врач сможет отнять ее руку и унести на некоторое расстояние. По отчету испытуемых, они наблюдали, как рука отцеплялась от их туловища и врач уносил ее. Затем рука «возвращалась на место».

3.7.4. ВОЗРАСТНАЯ РЕГРЕССИЯ

Пациенту в сомнамбулической стадии гипноза можно внушить, что он совершает путешествие на машине времени. Проводя такой эксперимент, автору удалось «провести» испытуемую назад, в возраст 1 год, и вперед по времени, в возраст 5000 лет. Характерно, что в возрасте одного года испытуемая говорила детским голосом, запас слов был небольшой. Когда в «возрасте 10 лет» испытуемую спросили, кем она будет, когда вырастет, то испытуемая не назвала свою настоящую профессию, а доказывала, что она ей не нравится.

В возрасте 200 лет и более испытуемая жаловалась на плохую память, затрундилась «сосчитать всех правнуков».

3.7.5. Внушенные эмоциональные состояния

При внушенных эмоциональных состояниях (страха, радости и др.) отмечается соответствующее изменение вегетативных реакций — учащение сердцебиения, дыхания, изменение количества сахара в крови.

3.7.6. Внушенные галлюцинации

Пациенту (испытуемому), находящемуся в сомнамбулической стадии гипноза, могут быть внушены галлюцинаторные переживания («восприятие несуществу-

82

ГЛАВА 3. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

ющего объекта») в любой модальности. Так, например, испытуемому можно сказать, что он слышит определенные шумы, звуки, музыку; видит букет роз, слона, тигра и т.п.; чувствует запахи цветов, духов; если дать испытуемому луковицу и сказать, что это яблоко, то он, кушая ее, будет чувствовать вкус именно яблока.

При внушенной галлюцинации слабого, индифферентного раздражителя (белой лошадки, тихого жужжания) реакция на ЭЭГ незначительная, однако при внушении очень яркого света прожектора, очень громкой музыки, страшных чудовищ на ЭЭГ отмечается резкое увеличение электрической активности, учащается частота ритма с 30—35 до 60 Гц и увеличивается амплитуда колебаний с 50 до 200 мкВ.

3.7.7. Внушенные изменения соматических функций

Нередко путем внушения удается оказать значительное влияние на течение вегетативных процессов. Так, например, после того, как больному внушали, что он «выпил три стакана воды» — диурез у него в течение ближайшего часа увеличивался в 10 раз, при этом снижалась относительная плотность мочи и отмечалось сгущение крови.

При внушении испытуемому, что он «выпил стакан водки», появлялась шаткость походки, замедление и смазанность речи, нарушение аккомодации — т.е. признаки алкогольного опьянения.

При внушении больному в теплой комнате, что он находится раздетый на морозе, обмен веществ значительно ускорился.

Пациентке, у которой ранее наблюдалась аллергическая реакция на клубнику, внушали, что она ест

83

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

клубнику. Спустя некоторое время появлялась аллергическая сыпь.

П.И. Буль (1968) при внушении астматического приступа больной, ранее страдавшей бронхиальной астмой, наблюдал при бронхографии спазм мускулатуры бронхов. Он же обнаружил рентгенологические изменения формы и положения желудка при внушении чувства голода и сытости, формы желчного пузыря — после внушения, что съедена жирная пища.

ГЛАВА 4

МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

4.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ГИПНОТЕРАПИИ

В настоящее время существуют три направления в современной психологии и психотерапии, предполагающие различный взгляд на структуру личности и возникающие у человека расстройства функционирования психической сферы и психосоматические расстройства: психодинамическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое. На основе их и создаются методы оказания психотерапевтической помощи пациентам.

Под методом психотерапии понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Так, например:

- представление о неврозе как заблуждении ума породило метод рациональной психотерапии (Джуба);

- представление о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, определило появление катарсиса;

- понимание невроза как проявления, вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения, породило психоанализ (З. Фрейд).

Комплекс различных методов психотерапии, объединенный общим принципиальным подходом к лечению, образует систему, или направление психотерапии.

Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а

85

Основы клинической гипнотерапии

уже внутри каждого метода — различные методики и приемы.

Гипнотерапия использует эклектический подход к лечению пациента методами психологического воздействия. Поскольку сам гипноз не является методом лечения — это лишь способ, применяемый для «отвлечения» сознания, для психотерапевтической работы с бессознательным пациентом, то для лечения в гипнотическом состоянии используются 5 различных психотехнологий, взаимно дополняющих друг друга:

1. Использование собственного целительного потенциала гипнотического состояния.
2. Прямое воздействие гипнотических индукций на некоторые автономные функции организма и внутренние органы.
3. Бихевиоральные (поведенческие, техники научения).
4. Психодинамические (гипноанализ, гипнокатар-сис) техники.
5. Психодраматические методы.

4.2. СОБСТВЕННЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГИПНОЗА

Терапевтический потенциал гипнотического состояния заключается в возможности пациента на определенный период времени как бы отрешиться от окружающей действительности, отдохнуть от проблем, восстановить энергетический потенциал. Было замечено, что даже кратковременное нахождение в состоянии гипноза позволяет существенно уменьшить астению, повысить настроение, вселить веру в выздоровление. Собственный терапевтический потенциал гипнотического состояния в изолированном виде применяется в двух вариантах: в виде длительного гипноза-отдыха и метода удлинённой гипнотерапии.

86

Глава 4. Методы лечебного применения гипноза

4.2.1. Длительный гипноз-отдых

Метод разработан К.И. Платоновым (1962). Сущность методики заключается в реализации лечебно-охранительного режима для некоторых больных невротами, преимущественно неврастениями. Такого больного в вечернее время, перед сном, погружают в гипнотический сон, спонтанно переходящий в естественный. Утром с пациентом вновь восстанавливается раппорт и гипнотический сон продлевается на время, определяемое лечащим врачом. Такой гипноз-отдых нередко продолжается до 15-20 часов в сутки и соответствует цели немедикаментозной терапии сном.

4.2.2. Метод удлинённой гипнотерапии

Метод разработан В.Е. Рожновым (1953) и рассматривается как промежуточный между обычными кратковременными сеансами гипнотерапии и длительным гипнозом-отдыхом.

Сущность метода заключается в периодических (через 15—20 минут) лечебных внушениях пациенту, находящемуся от 2 до 4 часов в состоянии гипнотического сна. Метод рекомендуется в амбулаторной практике для работы с группой из 4—6 больных и является вариантом коллективной гипнотерапии. Может также применяться и в индивидуальной гипнотерапии.

4.3. ПРЯМОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ГИПНОТИЧЕСКИХ ИНДУКЦИЙ НА АВТОНОМНЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА И ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ

Методы прямого гипнотического воздействия на внутренние органы можно с определенной долей условности разделить на три группы:

87

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

1. Прямое внушение улучшения (изменения) функции органа или системы.
2. Представление больного органа со стороны и визуализация лечебного воздействия.
3. Гипнотическое саногенное путешествие по собственным внутренним органам метафорически уменьшенного пациента.

4.3.1. ПРЯМОЕ ВНУШЕНИЕ УЛУЧШЕНИЯ (ИЗМЕНЕНИЯ) ФУНКЦИИ ОРГАНА ИЛИ СИСТЕМЫ

В ряде случаев, у пациентов с различными психосоматическими заболеваниями возможно достичь хорошего терапевтического эффекта прямым внушением улучшения функции органа или системы органов. Для этих целей предпочтительным является гипнотическое состояние средней или глубокой степени выраженности. Например:

- Пациенту, страдающему экземой, можно внушить: «С каждым днем кровоснабжение кожи на данных участках улучшится... улучшится питание кожи... ее снабжение кислородом... Кожа постепенно будет заживать... исчезнет зуд... кожа постепенно станет обычной окраски».
- Пациенту, страдающему язвенной болезнью, можно внушить: «С каждым днем кровоснабжение желудка (двенадцатиперстной кишки) будет улучшаться и через два (три) дня станет оптимальным... Язва постепенно начнет заживать... Желудок станет работать нормально... Исчезнет изжога... Постепенно станет уменьшаться боль...»
- Пациенту, страдающему наличием бородавок на кожных покровах, внушается: «А теперь вспомните те места, где расположены бородавки... Постепенно бородавки будут становиться тверже, засыхать, сморщиваться... Кровь перестанет питать бородавки... Постепенно бородавки исчезнут... Кожа заживет, станет ровной, обычного цвета, гладкая...»

88

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

давки будут становиться тверже, засыхать, сморщиваться... Кровь перестанет питать бородавки... Постепенно бородавки исчезнут... Кожа заживет, станет ровной, обычного цвета, гладкая...»

4.3.2. ГИПНОАНАЛГЕЗИЯ

В литературе давно известно, что в состоянии глубокого гипноза человеку можно внушить аналгезию. Имеются сведения об успешном проведении даже полостных операций под гипноаналгезией. Данный метод можно применять в случаях хронического труд-нокурабельного алгического синдрома. Единственным затруднением, которое может стать на пути применения данного метода, может быть слабая гипнабельность пациента. Для достижения хорошего аналгического результата целесообразно погрузить пациента в третью стадию гипнотического состояния и внушить отсутствие чувствительности в нужном органе или части тела.

4.3.3. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Широко известны случаи так называемого «заговаривания крови» народными целителями («бабками»): больному, с открытой резаной (рубленой) раной конечности внушается, что спустя несколько минут рана перестанет кровоточить (далее — в зависимости от жанра, в котором работает народный целитель: молитва, заговор, заклинание и т.п.). Общим в данном случае является возникновение гипнотического состояния и прямое воздействие внушения на систему свертывания крови. Проведенные эксперименты подтвердили, что внушение остановки кровотечения увеличивает свертываемость крови.

89

Основы клинической гипнотерапии

4.3.4. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

В ряде случаев у хорошо гипнабельных пациентов удается достичь значительного терапевтического эффекта следующим способом. Пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии, предлагается визуализировать свой больной орган. Далее предлагается визуализировать, как улучшается кровоснабжение органа, как эритроциты приносят кислород, улучшают питание органа и он начинает постепенно восстанавливать свою функцию (начинает заживать язва и т.п.). Аналогичным образом можно внушить больному с аллергической реакцией, что его организм не обращает внимания на аллерген (если он известен) — «организм стал мощным, спокойным и не обращает внимания на *«тополиный пух»*... Известны случаи, когда у больных сахарным диабетом удавалось достигать прямым внушением увеличения количества инсулина, выделяемого собственной поджелудочной железой.

4.3.5. МЕТАФОРИЧЕСКОЕ «ПУТЕШЕСТВИЕ ПО ВНУТРЕННИМ ОРГАНАМ»

Другим вариантом прямого саногенного внушения на больной орган является предложение больному, находящемуся в глубоком гипнотическом состоянии, представить, что он волшебным образом уменьшается до размеров эритроцита и по кровеносным сосудам проходит к больному органу и оказывает на него лечебное воздействие. Формулы внушений здесь будут зависеть от характера патологии и патофизиологического механизма излечения.

Другим вариантом данной техники может быть «внедрение в организм лекарства» (метафорического), который доберется до внутреннего органа и делает все, что полагается для исцеления.

90

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

4.4. БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Поведенческая, или бихевиоральная (англ. *behavior* — поведение), психотерапия — одно из ведущих и широко распространенных в настоящее время направлений в психотерапии.

Термин «поведенческая психотерапия» используется с 1953 г. Но методы психотерапии, основанные на принципах научения, которые можно рассматривать в качестве предшественников современной поведенческой психотерапии, появились во втором десятилетии XX века. Они вошли в литературу под названием методов условнорефлекторной терапии, в основе которой лежит теория классического обусловливания И.П. Павлова и теория оперантного обусловливания Б.Ф. Скиннера.

Следующий этап развития поведенческой психотерапии связан с попыткой учесть и промежуточные переменные — между стимулом и реакцией. При этом «внутренние переменные» рассматриваются как скрытые реакции на внешние раздражители. Именно их скрытость и исключала понятную связь с внешними раздражителями. Внутренние переменные — это прежде всего когниции (мысли, представления), которые управляют другими процессами, например эмоциональными или мотивационными (Толмен). На основании многолетних экспериментов на крысах с использованием хитроумных лабиринтов, в конце которых находилась кормушка, Толмен выдвинул представление о системе «внутренних процессов», вклинивающих между стимулами и реакциями и детерминирующих поведение. В процессе многократно повторяющихся экспериментов животное «учится» устанавливать смысловые связи между стимулами, с одной стороны, и ответными реакциями — с другой. В конечном счете в результате науче-

91

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ния организм образует «когнитивную карту» всех знаков в ситуации лабиринта и затем ориентирует свое поведение в нем с помощью этой

«карты».

В плане такого понимания в конце 60-х — начале 70-х годов были предложены новые методики, вошедшие в литературу под названием «скрытое кондиционирование», т.е. скрытое обусловливание, «скрытый контроль», «саморегуляция». Но попытки ввести внутренние переменные в практику поведенческой терапии были не очень удачными.

В 60-е годы на развитие поведенческой психотерапии большое влияние оказала теория научения (прежде всего социального) через наблюдение. Автором этой теории А. Bandura (1971) было показано, что даже одно лишь наблюдение позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее не отмечавшиеся в «репертуаре» животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции самоэффективности.

В основе бихевиоральной психотерапии лежат следующие представления:

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, воспитании, образовании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высоко индивидуализирован для каждого пациента и семьи.

Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются в сильной степени переразвитые или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне пред-

92

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

ставлены ригидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфункциональной манере.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, т.е. детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квазиудовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и терапевтический процесс. Когнитивно-поведенческая психотерапия использует достижения, методы и техники классического (условнорефлекторного, павловского), оперантного, наблюдательного (моделирование поведения), когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Когнитивный компонент является решающим в процессе научения. Считается, что поведение может быть изменено в результате наблюдения за ним и устранения когнитивного дефицита или когнитивных искажений.

6. Лечение активно вовлекает пациента и семью, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтической занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий,

93

Основы клинической гипнотерапии

активную программу подкреплений, ведение записей и дневников. То есть методика психотерапии структурирована.

7. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения.

В рамках поведенческой психотерапии могут быть выделены три группы методов: методы редукции поведения (десенсибилизации), методы конфронтации и методы, усиливающие поведение.

1. Методы редукции поведения (десенсибилизации) применимы прежде всего к лечению больных фобиями, т.е. пациентов со страхами, возникающими в определенной ситуации (страх высоты, закрытых помещений и т.п.).

2. Методы конфронтации основаны на противопоставлении — конфронтации пациента страху в условиях вызывающей его ситуации.

3. Методы, усиливающие отдельные качества поведения, основаны на моделировании и ролевом тренинге.

В соответствии с бихевиоральной моделью можно оказывать помощь пациентам исходя из трех предпосылок:

А) Будучи в гипнотическом и диссоциированном состоянии, люди способны на поведение, которого они избегают в обычном состоянии сознания (в силу, к примеру, заболевания).

Б) Предполагается, что каждый человек уже обладает ресурсами, необходимыми ему для эффективной жизнедеятельности, однако проблема заключается в том, что он не может получить доступ к необходимым ресурсам в необходимый момент. Поэтому, вводя человека в гипнотическое состояние, можно научить его получать доступ к ресурсам именно в тот момент и именно к тем ресурсам, которые наиболее оптимальны и эффективны. В) В гипнотическом состоянии можно сконструировать новый стереотип поведения, который не присущ

94

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

пациенту в обычном состоянии и не представлен в его сознании.

Другими словами, человека можно просто научить новому поведению, которое улучшит его эмоциональное состояние и повысит уровень социально-психологической адаптации.

4.4.1. МЕТОДЫ РЕДУКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ

4.4.1.1. Реципрокная ингибция

Ее механизм заключается в том, что ответ ослабляется в присутствии сильного, несовместимого сигнала. Например, пациент не может быть тревожен и расслаблен одновременно. Два ответа несовместимы, они не могут возникать одновременно и один уступит дорогу другому. К такому методу относится систематическая десенсибилизация Вольпе, а также другие приемы, предполагающие последовательное применение двух несовместимых сигналов.

4.4.1.2. Метод систематической десенсибилизации

Вольпе считал, что основным проявлением невроза являются немотивированная тревога и страх и что невроз исчезнет, если «научить» больного подавлять эти симптомы. На основе этого предположения Вольпе разработал один из методов поведенческой терапии, получивший наибольшее распространение в настоящее время, — метод систематической десенсибилизации.

В самой процедуре систематической десенсибилизации можно выделить три этапа:

1) *Овладение методикой мышечной релаксации.* Проводится в ускоренном темпе и занимает около 8— 10 сеансов.

95

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

2) *Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх.* Все ситуации делятся по тематическим группам. Для каждой группы пациент составляет список от самых легких до более тяжелых ситуаций, вызывающих страх. Ранжирование

ситуаций по степени испытываемого страха проводится пациентом совместно с психотерапевтом.

3) *Собственно десенсибилизация* (соединение ситуаций, вызывающих страх, с релаксацией). Пациент воображает ситуацию 5—7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации (этот период длится до 20 секунд). Затем переходят к более высокому рангу ситуаций, вызывающих тревогу.

Метод систематической десенсибилизации менее эффективен, когда тревога подкрепляется вторичной выгодой от болезни. (Например, у женщины со сложной домашней обстановкой и угрозой ухода мужа из дома, страх оставаться одной дома позволяет удержать мужа и видеть его чаще дома).

Очень эффективно применение метода систематической десенсибилизации в гипнотическом состоянии. Пациента вводят в состояние гипноза (предпочтительнее средней степени глубины), внушают чувство уверенности и расслабленности. После этого из иерархии ситуаций, вызывающих страх, берут наиболее легкую и предлагают пациенту визуализировать, как он спокойно и уверенно выполняет действие, которое ранее вызывало страх. Затем переходят к более сложным ситуациям и т.д.

4.4.1.3. Метод «Эмотивное воображение» Вариант метода систематической десенсибилизации для лечения детей. Метод заключается в использовании воображения ребенка, позволяющего ему легко отождествлять себя с любимыми героями и разыгрывать ситуации, в которых они участвуют. При этом

96

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

психотерапевт направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в роли этого героя постепенно сталкивался с ситуациями, вызывавшими ранее страх. Методика эмотивного воображения включает 4 стадии.

1) *Составление иерархии вызывающих страх объектов или ситуаций.*

2) *Выявление любимого героя, с которым ребенок легко бы себя идентифицировал. Выяснение фабулы возможного действия, которое он в образе этого героя хотел бы совершить.*

3) *Начало ролевой игры.* Ребенка просят с закрытыми глазами вообразить ситуацию, близкую к повседневной жизни, и постепенно вводят в нее его любимого героя.

4) *Собственно десенсибилизация.* После того как ребенок достаточно эмоционально вовлекается в игру, в действие вводится первая ситуация из списка. Если при этом у ребенка не возникает страха, переходят к следующим ситуациям и т.д.

Аналогичная техника проводится и в гипнотическом состоянии.

4.4.2. МЕТОДЫ КОНФРОНТАЦИИ

Конкретными методиками конфронтации являются методика погружения (или наводнения) (англ. *flooding* — наводнение. В контексте психотерапии более адекватный перевод — погружение (в ситуацию) и методика имплозии (наводнения в воображении).

4.4.2.1. Методика наводнения (погружения)

Сущность методики заключается в том, что пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей, к примеру, страх смерти, и убедиться

А. В. А. Руженков

9 7

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

при этом в отсутствии возможных негативных последствий (например, смерти от сердечного заболевания у больного с кардиофобическим синдромом или падения в обморок у больного с агорафобическим синдромом). Для этого пациент должен находиться в этой ситуации как можно дольше и испытывать как можно более сильную эмоцию страха (пациенты, имеющие органическую

патологию, например ишемическую болезнь сердца, которая может резко ухудшиться под влиянием интенсивного эмоционального стресса, не должны подвергаться лечению с помощью этой методики).

С самого начала пациент должен стать активным участником лечения. Для этого перед его началом он получает необходимую информацию о механизмах действия метода и причинах страха. Обсуждаются конкретные задачи, которые пациент должен согласиться выполнить. Членов семьи больного также нужно ознакомить с задачами лечения и существом метода, и они должны участвовать в реализации терапевтических мероприятий. Интенсивность конфронтации с вызывающим страх стимулом и преимущества быстрой или постепенной конфронтации индивидуальны. Исключается возможность использования механизмов скрытого избегания.

Пребывание в ситуации, вызывающей страх, должно быть длительным — не менее 45 минут. Последующие тренировки проводятся ежедневно до полного выполнения всей программы лечения. Обязательным является письменное фиксирование Самостоятельных тренировок в периоды между заданиями (позиционное подкрепление), выполняемых в присутствии медицинского персонала. Если тренировки проводятся с группой пациентов, имеющих сходную симптоматику, то следует максимально использовать эффект моделирования поведения.

98

Глава 4. Методы лечебного применения гипноза

В гипнотическом состоянии пациенту предлагают представить, что он пребывает в реальной ситуации, вызывающей страх, при этом чувствует себя уверенно и спокойно. Можно сочетать эту технику с методом систематической десенсибилизации.

4.4.3. Методы, усиливающие отдельные качества поведения

4.4.3.1. Моделирование

Этот прием используется в поведенческой психотерапии с 50-х годов и заключается в предоставлении пациенту фигуры, модели, которая отсутствует в его поведенческом репертуаре. Модель может помочь проявить новое поведение на психотерапевтическом занятии (например, после просмотра фильма) и дает пациенту возможность посредством репетиции поведения научиться поведению, которого ему недостает (как спросить другого человека, что он чувствует по поводу его поведения). Этот аспект моделирования отражает поведенческую функцию приобретения. Моделирование помогает пациенту распознавать, где и как можно применять новые способы поведения (поведенческая функция различения и облегчения).

Следующей особенностью моделирования является способность уменьшать тревогу и страх, повышать уверенность в конечном результате (дизингибиторная функция). Например, тревожные пациенты очень фиксированы на своей неспособности воспроизвести определенные виды поведения.

Моделирование помогает им поупражняться в таком поведении в менее стрессовой обстановке и с поддержкой психотерапевта. В последние годы для целей

99

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

моделирования стали использоваться клинические ролевые игры.

В гипнотическом состоянии пациенту предлагают вспомнить человека (или выдумать такового), у которого имеется стереотип поведения, которым он хочет овладеть. Затем, введя пациента в состояние гипноза, ему предлагают ассоциироваться с воображаемой моделью и реализовать с ее позиции требуемое поведение. Такой опыт проводится несколько раз (3-5).

4.4.3.2. Метод репетиции поведения

Пациент обучается межличностным навыкам при помощи структурных ролевых игр. Рекомендуют составлять каждое подобное упражнение в соответствии со следующими требованиями:

1. Пациенту следует дать точные инструкции о роли, которую он должен представить.
2. Следует показать пациенту желаемое исполнение и затем удостовериться, что он отметил характерные аспекты поведения в тренируемой ситуации.
3. Пациент должен исполнить роль, которую он только что наблюдал. Роль нужно представить открыто (в действии) или мысленно повторить действие.
4. Следует обеспечить правильную обратную связь с пациентом относительно различных аспектов исполнения, дать новые инструкции и проиллюстрировать навыки, которые необходимо улучшить.
5. Одобрить попытку пациента следовать инструкции и поощрить его на дальнейшие ролевые игры.

В дальнейшем, в гипнотическом состоянии пациент выполняет требуемое поведение, т.е. буквально «репетирует».

В конечном итоге, безусловно, пациент опробует вновь приобретенные навыки в реальной жизни.

100

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

4.5. ВНУШЕНИЕ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Внушение (от лат. suggestio) — подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Поскольку критическая оценка информации является функцией сознательной части личности, то для целей внушения необходимо «отвлечь» сознание, сконцентрировать его на чем-либо другом. Этой цели, собственно, и служит гипноз, поскольку гипнотические феномены, в широком смысле этого слова, представляют собой концентрацию внимания на каком-либо внешнем объекте или обращении его внутрь.

Таким образом, психотерапевт получает доступ непосредственно к бессознательному пациента, как бы «с черного хода». (Согласно верификационной концепции внушения А.М. Свядоща, в мозгу человека постоянно происходят процессы верификации поступающей информации. Только некоторая часть поступающей информации (обычно, наиболее ценной) подвергается логической переработке и оценке, осуществляемой путем целенаправленного мышления. Большая же часть информации в соответствии с наработанными алгоритмами подвергается неосознанной оценке. Нужное отбирается, ненужное — отбрасывается. Сознание, таким образом, «разгружается от несущественных сигналов, а организм — от неадекватного реагирования на эти сигналы».)

Поэтому, для того, чтобы внушение «прошло», необходимо «отвлечь» сознание. Для этого применяются гипноз, трансовые состояния, специальные методы «перегрузки» сознания.

Посредством внушения вызываются необходимые ощущения, представления, эмоциональные состояния

101

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия сознательной части личности.

Основные средства внушения подразделяются на вербальные (речь психотерапевта) и невербальные (интонационные паттерны, жесты, мимика, действия и др.), при этом важное значение имеет конгруэнтность психотерапевта, подразумевающая, что передаваемая им пациенту информация по вербальному и невербальному каналам совпадает. Если же у психотерапевта имеется внутренняя неуверенность в результатах своей работы, то это неминуемо проявится в невербальном поведении, и

результативность внушения существенно снизится либо станет неэффективной.

Формулы внушений произносятся повелительным тоном, учитывают состояние больного и характер клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, работоспособности, настроения, аппетита и т.д.), так и на устранение отдельных невротических симптомов.

Степень реализации внушения зависит от двух факторов:

- 1) эффект внушения тем выше, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение;
- 2) личностные особенности больного, такие как выраженность «магического» настроения, вера в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов, существенно повышают эффективность гипнотерапии.

Выделяют два **типа внушения**: общие и специальные.

К *общим* относят внушения, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния; внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие амнезию или безраз-

102

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

личие к тем болезненным состояниям и травмирующим обстоятельствам, которые изменить уже нельзя. Причем при реализации внушения психотерапевту следует придерживаться тактики, разработанной А.А. Токарским (1890) и заключающейся в том, что на первых порах снимаются наиболее легко устранимые симптомы, а затем, после получения положительного эффекта, можно переходить к более сложным и устойчивым патологическим явлениям.

Специальные внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Не может быть одинаковых «формул внушения» для всех больных даже при одном и том же заболевании. Выработывая каждый раз новую формулу лечебного внушения, врач исходит из жалоб больного, особенностей его личности, характера заболевания, этапа лечения и т.п. Специальные внушения нередко базируются на вышеописанных методах поведенческой психотерапии, когда пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии внушаются те действия, которые он в обычном состоянии сознания выполнить не способен. Далее, когда пациент начинает выполнять воображаемые действия в состоянии гипноза, то дается установка, что после того, как пациент «проснется», он с легкостью и уверенностью будет выполнять желательное действие.

Следует учитывать, что не все внушенное в гипнозе реализуется в одинаковой мере: если внушение содержит сразу много положений, то эффективность его часто снижается.

Содержание внушения должно всегда соответствовать характеру ожидаемого лечебного эффекта. Иногда врач настойчиво внушает больному алкоголизмом отвращение к алкоголю, забывая, что страдающий алкоголизмом практически всегда пьет, испытывая отвращение к алкоголю и преодолевая его. В этих случаях

103

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

целесообразно внушать отказ от алкоголя, а еще лучше — замену его какой-либо конструктивной деятельностью.

Внушения делаются в большинстве случаев негромким голосом, однако внушающим тоном и короткими фразами. Одни и те же фразы обычно повторяются несколько раз. Внушения содержат фразы, имеющие цель придать этим внушениям рациональную форму, т.е. сочетаются с элементарными убеждениями больного.

Для достижения одномоментного купирования истерических симптомов часто приходится прибегать к внушениям в резком, эмоционально насыщенном, повелительном тоне.

Косвенное внушение. В гипнотическом состоянии больному, к примеру, истерическим неврозом, внушают постепенное уменьшение истерического гиперкинеза и полное его устранение после того, как больной примет назначенное количество тех или иных процедур или назначенного лекарства. Длительность сеанса лечения внушением в состоянии гипноза может значительно варьироваться (чаще всего он занимает 15-20 минут). Частота сеансов зависит от характера заболевания, состояния больного и успеха лечения. У большинства больных количество сеансов при проведении курса гипносуггестивной психотерапии составляет 10-15. Обычно первое время сеансы проводят через день, а затем 1-2 раза в неделю. Другим видом косвенного внушения, хорошо зарекомендовавшим себя, является опосредованное внушение.

Знаменитый терапевт XIX века М.Я. Мудров окружал свои рецепты ритуалом. Он лечил «специальными» порошками: золотыми, серебряными и «простыми» (по цвету бумаги, в которую они были завернуты). В руках великого клинициста эти порошки творили

104

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

чудеса, излечивали многие заболевания. И только после его смерти выяснилось, что в состав порошков входил хорошо перемолотый мел. Другие врачи, давая лекарство больному, подробно описывали им, какое действие и через какое время наступит. И наступало...

При работе психотерапевта в клинике пограничных нервно-психических расстройств нередко приходится применять в сочетании с психотерапией психофармакотерапию. Здесь и целесообразно использовать возможности опосредованного внушения.

4.5.1. ВНУШЕННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СНОВИДЕНИЯ

Методика внушенных лечебных сновидений предложена К.И. Платоновым (1930) и представляет собой внушение сновидения во внушенном гипнотическом сне.

Содержание внушенного сновидения противоположно содержанию предполагаемых патогенетических факторов, формирует у больного новые, положительные установки.

Например, больным с фобиями внушаются сновидения, в которых они видят себя, легко и свободно выполняющими действия, которые в клинической картине у них связаны со страхами. При этом целесообразно применять так называемый метод систематической десенсибилизации. Сущность его заключается в следующем. Вначале психотерапевт совместно с пациентом составляют список ситуаций, которые вызывают у больного фобии. Затем список ранжируется — от ситуаций, близких к индифферентным, до наиболее проблемных. В дальнейшем, используя список, психотерапевт последовательно (на очередных сеансах) внушает видение во сне проблемной ситуации, постепенно наращивая ее значимость и внушая больному спокойствие и уверенность. Таким образом, спустя несколько сеансов в гип-

105

Основы клинической гипнотерапии

нотическом сне больному внушают видение себя в наиболее проблемной ситуации с ресурсом уверенности и спокойствия.

При лечении больных алкогольной зависимостью психотерапевт вначале выясняет содержание сновидений больных, которые отражают его влечение к алкоголю, затем в гипнотическом состоянии внушает противоположные сновидения.

Лечебные сновидения могут реализовываться по указанию врача в момент

внушенного сна или же в качестве постгипнотического внушения.

4.5.2. УПРАВЛЕНИЕ ФАНТАЗИЯМИ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Мюллер-Хегеманн (1978) рекомендует использовать прием «управления фантазиями», который состоит в том, что пациенту, находящемуся в состоянии гипнотического погружения, предлагают образно воспроизвести в сознании травмирующую ситуацию и мысленно ее преодолеть. В ходе гипнотических сеансов путем направления фантазийных образов в нужное русло достигается предварительное разрешение травмирующей ситуации в воображении пациента.

Этот метод может оказаться эффективным даже при тяжелых обсессивных и фобических неврозах, резистентных к другим психотерапевтическим методам. Методика близка многочисленным приемам использования в психотерапии воображения пациента. В.С. Лобзин (1986) предложил метод зрительной репродукции воспоминаний с их *вербализацией* при некотором управлении пациентом восприятием образов в состоянии аутогенного расслабления. Подобные методы в гипнотическом или наркотическом сне применял А.М. Свядоц (1982).

106

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

Близки к психотерапевтическому приему «управления фантазиями» *кататимные образные переживания по Лейнеру, проекция во времени по Лазарусу*. Пациент вводится в гипнотическое состояние, и далее психотерапевт помогает ему создать в воображении будущую жизнь, наполненную приятными событиями.

4.5.3. ПРЯМОЕ ВНУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ (ВОЗМОЖНОСТИ) ВЫПОЛНЯТЬ ТОТ ИЛИ ИНОЙ ВИД ПОВЕДЕНИЯ

Нередко встречаются пациенты, которые имеют все необходимые ресурсы для реализации поведения, на которое у них имеется «внутренний запрет» (чаще это проявляется страхом, тревогой). Этот запрет чаще всего усваивается в раннем детстве под воздействием родительских запретов, которые усваиваются без интериоризации («родительские интроекты» — в терминологии гештальт-терапии). Такие пациенты, обращаясь к психотерапевту, работающему в стиле классического гипноза, чаще всего надеются, что он «своей силой» сможет быстро оказать им искомую помощь (тем более, что тот или иной вид поведения они эффективно осуществляли до какого-то момента очередной психической травмы), и все, что им необходимо, — это своего рода «разрешение на поведение». Вполне достаточным будет внушить такому пациенту, что спустя три дня, когда он проснется утром, он напроць забудет о том (и далее называется проблемное поведение) и будет вести себя (и подробно описывается поведение, которое необходимо пациенту).

4.5.4. ФОРМИРОВАНИЕ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ

Человеку, который не знает, как действовать в будущем (семейные, интимно-личные, производственные

107

Основы клинической гипнотерапии

проблемы), предлагают в глубоком гипнотическом состоянии «увидеть» хрустальный шар, а в нем себя — несколько лет (дней, месяцев) спустя, который достиг желаемого результата. Далее предлагается поместить волшебный шар в лабиринт с реальными воображаемыми перегородками, секретами, преградами. Задачей клиента является добраться с периферии до центра лабиринта и овладеть хрустальным шаром. Достигая преграды (*которые указывают на причины, мешающие лечению*), пациент сообщает о них психотерапевту. Преграды исследуются, психотерапевт мягко стимулирует пациента к их преодолению, помогает в случаях серьезных затруднений. Данная методика хорошо зарекомендовала себя при работе с

детьми.

4.6. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

4.6.1. Гипнокатарсис

Сущностью метода является восстановление и повторное переживание психической травмы, явившейся источником невроза или психогении. Для этого в гипнотическом состоянии проводится возрастная регрессия в период психической травмы и осуществляется соответствующее внушение.

Понятие катарсис («очищение») ввел Аристотель (384-322 гг. до н.э.), который утверждал в своем сочинении «Поэтика», что через сочувствие и страх трагедия добивается очищения зрителей — катарсиса духа. Как синоним, в русском языке употребляется термин «отреагирование», соответствующий латинскому «аб-реакция». За отреагированием следуют уменьшение аффективного напряжения и чувство облегчения.

108

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

Множество психокатарсических приемов использовалось в древнем мире и в средние века. Храмовый сон из языческих святилищ и асклепионов переносится в церкви и монастыри.

В эпоху эллинизма существовало 420 храмов Эскулапа, где практиковалась инкубация — ритуал, заключающийся в том, что человек оставался спать в храме, чтобы увидеть сон, ведущий к излечению от болезней. Больные спали на окровавленных шкурах принесенных в жертву коз или баранов, в то время как «двухметровые желто-зеленые змеи всю ночь медленно скользили по мраморным плитам среди цветочных лепестков и тел спящих».

Отреагирующее значение имеет исповедь — часть христианского таинства покаяния. Прощение, которое обещает священник, беседы о конфликтах совести придают исповеди характер отреагирующей психотерапии.

В конце XVIII века австрийский невропатолог Брейер лечил больных, погружая их в гипнотический сон, во время которого он предлагал им напрячь память и вспомнить то травмирующее обстоятельство, которое привело к болезненному состоянию. Процесс такого рода воспоминания психотравмы в гипнозе и получил название гипнокатарсиса.

Считалось, что если больной вспомнит и осознает психическую травму, то освободится от патогенного ее воздействия, произойдет процесс «очищения», т.е. излечения. Гипнозу при этом придавалось первостепенное значение как средству, способствующему концентрации внимания и приводящему к состоянию гипер-мнезии — повышенной способности припоминания.

Брейер полагал, что в тех случаях, когда травмирующее обстоятельство амнезировано, оно служит источником невротического заболевания; когда же оно всплывает в сознании, то больной сможет его вновь пе-

109

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

режить и тем самым отреагировать, что и приведет к излечению.

Позднее к работе Брейера в этом направлении присоединился З. Фрейд, который вскоре занял доминирующее положение и направил эти исследования по своему пути, приведшему к созданию психоанализа. З. Фрейд только в период совместной работы с Брейером занимался гипнозом — именно в виде гипнокатарсиса, но как только стали складываться основы его теории, он стал в резкую оппозицию к нему, утверждая, что гипноз, как насильственный метод воздействия на больного, искажает истинную картину заболевания и извращает патогенетические соотношения. Тем самым З. Фрейд сыграл отрицательную роль в дальнейшем развитии гипнотерапии.

Основываясь на представлениях Брейера, З. Фрейда и других исследователей о существенном значении неотреагированных психических травм в генезисе

невротических расстройств, считается целесообразным в отдельных случаях в глубоком гипнотическом состоянии произвести «возрастную регрессию» до момента психической травмы и позволить пациенту эмоционально отреагировать на нее. При этом следует учитывать как сам характер ранее перенесенной психической травмы, ее обширность и значимость, так и возможность повторным переживанием нанести более значительный ущерб здоровью пациента (в этом случае гипнокатарсис противопоказан).

В основе гипнокатарсиса лежит повторное воспроизведение сильной эмоции, обусловленной психотравмирующей ситуацией. Как правило, проводится возрастная регрессия пациента в период, когда была нанесена психическая травма. Механизм действия катарсиса состоит в освобождении от неотреагированных эмоций при отсутствии негативных последствий, имевших мес-

110

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

то в реальности. Это облегчает возможность пересмотра значимости психотравмы для пациента.

Катарсис успешен, когда тревога, связанная с восстановлением контакта с ситуацией, подавляется другими, позитивными эмоциями в условиях психотерапии, чувством защищенности и безопасности, которые создает психотерапевт. Катарсис достигается полным погружением в психотравмирующую ситуацию или путем поэтапного приближения к ней (по типу метода систематической десенсибилизации из поведенческой психотерапии).

М.М. Асатиани (1926) использовал метод, который был назван им методом репродуктивных переживаний, в лечении неврозов. Сущность метода заключалась в восстановлении и повторном переживании психической травмы, явившейся источником невроза. Для этого в гипнотическом состоянии осуществлялось соответствующее внушение. Психотерапевт направляет репродукцию переживаний и осуществляет необходимые лечебные внушения.

4.6.2. ГИПНОАНАЛИЗ

Сущность гипноанализа заключается в сочетании гипнотического состояния и психоанализа, имеет не только симптомоцентрированную, но и патогенетическую направленность.

Мы не будем подробно описывать технику гипноанализа, так как для овладения методом необходимо в совершенстве овладеть гипнотерапией и основами психоанализа, что не входит в задачи настоящего учебного пособия. Выделяют *три основные техники гипноанализа*.

Первая — предложена Волбергом (L.R.Wolberg, 1945). Сущность ее заключается в следующем. Пациент-

111

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

та на первых сеансах обучают быстрому вхождению в гипнотическое состояние. После того как пациент становится способным достигать второй-третьей стадии гипнотического состояния, используют психоаналитические приемы: свободные ассоциации, внушение сновидений и их анализ, возрастную регрессию, автоматическое письмо. Важное значение придается воспоминанию психической травмы и ее катарсическому отреагированию.

Вторая — разработана Линднером (R.M.Lindner, 1958). Практически мало чем отличается от предыдущей, за исключением того, что из психоаналитических процедур применяются преимущественно свободные ассоциации. При возникновении сопротивления вместо его анализа углубляется гипнотическое состояние. На последнем этапе (после отреагирования психической травмы) модифицируют установки пациента с помощью прямых внушений в гипнотическом состоянии.

Третья техника заключается в том, что пациента вводят в глубокое гипнотическое состояние и устанавливают на бессознательном уровне сигналинг: «Да» — «Нет». Технология установления сигналинга следующая. Пациенту в глубоком гипнозе говорят следующее: «Сейчас я буду задавать вопросы вашему подсознанию. И я хочу, чтобы ваше подсознание, когда оно будет говорить «Да», поднимало указательный палец левой руки, когда будет говорить «Нет» — указательный палец правой руки». «Вас зовут Иван Иванович?» — и смотрят на реакцию, поднимается ли указательный палец левой руки. Затем задают вопрос, на который пациент однозначно ответил бы «Нет», и также смотрят на реакцию. После того как контакт с бессознательным пациентом установлен, переходят к поиску причин невротического состояния.

Для этой цели используется информация, полученная психотерапевтом в результате анализа сновидений

112

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

пациента, метода свободных ассоциаций и других аналитических приемов. Зная примерную сферу проблемы (конфликта), психотерапевт задает вопросы «бессознательному» пациента, например: «Ваше состояние связано с конфликтом с родственниками?» Если бессознательное отвечает «Да», то далее задают уточняющий вопрос: «Этот конфликт был с отцом?» Если ответ также «Да», то психотерапевт в последующем, задавая однозначные вопросы и проводя возрастную регрессию, как бы возвращает пациента назад во времени, в период психической травмы, и проводит катарсическое отреагирование.

Следует подчеркнуть, что для проведения гипно-анализа психотерапевту необходимо в совершенстве владеть не только техникой классического гипноза, но и психоанализа. Более того, не все больные в достаточной степени поддаются классическому гипнозу, равно как и психоанализу, поэтому показания к проведению гипноанализа достаточно ограничены. •

Кроме того, гипноаналитическими техниками являются методы свободного письма и свободного рисунка.

4.7. ПСИХОДРАМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ (ГИПНОДРАМА)

Метод является разновидностью групповой психотерапии, в котором сочетаются гипноз и психодрама. В отличие от классической психодрамы, ведущий игру психотерапевт (режиссер) предварительно гипнотизирует пациента (протагониста).

Создание и развитие психодрамы связано с исследованиями Якоба Леви Морено (1892-1974).

Идея о психодраме как лечебном методе возникла у Морено после того, как одна актриса рассказала ему о своих конфликтах с женихом. С помощью труппы те-

113

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

атра Морено поставил историю актрисы на сцене. Этот опыт оказался значимым и успешным как для самой пары, так и для остальных членов труппы. Таким образом, психодрама стала первым методом групповой психотерапии, разработанным для изучения личностных проблем, мечтаний, страхов, фантазий. Она основывается на предположении, что исследование чувств, формирование новых отношений и моделей поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации.

Основные понятия

Ролевая игра. Заключается в исполнении какой-либо роли в любительском представлении и занимает центральное место в психодраме. Признавая естественную способность людей к игре, психодрама создает такие условия,

при которых индивидуумы, исполняя роли, могут творчески работать над личностными проблемами и конфликтами.

Спонтанность. Понятие «спонтанность» и родственное ему понятие «творчество» составляют ядро теории действия и личности Морено. Оба эти понятия основываются на наблюдениях Морено за детьми, игравшими в венских парках. Он обнаружил, что дети не подвержены воздействию поведенческих стереотипов и способны полностью переселяться в мир своих фантазий (пример: игра детей детского сада и повторение того же профессиональными спортсменами. Дети продолжали играть, спортсмены через 2 часа все «выдохлись»).

Спонтанность — это тот ключ, который приводит к пониманию идеи творчества. Морено говорил, что «творчество — это спящая красавица, которая для того, чтобы проснуться, нуждается в катализаторе. Таким катализатором творчества является спонтанность».

114

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

В психодраматическом действии нет прошлого и будущего, есть только настоящее (это сближает психодраму с гештальт-терапией). При психодраматической конфронтации прошлые проблемы и будущие страхи разыгрываются по принципу «здесь и теперь».

Теле. Морено разделяет с психоаналитиками веру в силу энергии переноса, однако он расценивает понятие «перенос» как явно недостаточное для обозначения тех сильных переживаний, которые возникают в терапевтических группах. В то время как понятие «перенос» обозначает односторонний процесс передачи эмоций от клиента психологу, а контрперенос — от психолога клиенту, — «теле» обозначает двусторонний процесс передачи эмоций между клиентом и психологом.

Понятие «теле» включает в себя негативные и позитивные чувства, возникающие между людьми в психодраматическом действии. Морено определил это понятие как «вчувствование людей друг в друга — цемент, который скрепляет всю группу».

Результатом использования понятия «теле» в изучении групп является признание того, что мы видим других людей не такими, какими они есть на самом деле, а такими, какими они проявляются в отношении к нам. Групповая психодрама есть своего рода «полигон», который позволяет проанализировать наше восприятие других людей.

Катарсис. В психодраме понятие катарсиса используется в том же значении, которое определил для него Аристотель: эмоциональное потрясение и внутреннее очищение.

Если в психоанализе катарсис является вторичным по отношению к анализу, то в психодраме процессы катарсиса и интеграции более важны, чем сценарий или анализ переживаний и действий.

Инсайт. Результатом психодраматического процесса

115

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

является изменение в структуре организации перцептивного поля участников, получившее название *инсайт*. Инсайт — это вид познания, который приводит к немедленному решению или новому пониманию имеющейся проблемы. Иногда инсайт может возникнуть одновременно с катарсисом, а также при обсуждении переживаний, возникших в ходе психодраматического действия.

Роли в психодраме

Многие используемые в психодраме термины связаны с театром. Руководитель группы называется *режиссером*, который является одним из наиболее активных руководителей групп. Режиссер играет три роли: продюсера, терапевта и аналитика.

Будучи *продюсером*, он управляет групповым занятием и помогает членам

группы перевести их мысли на язык драматического действия. Продюсер должен быть очень чувствительным ко всем вербальным и невербальным проявлениям, раскрывающим психическое состояние актеров и отражающим настроение аудитории, наблюдающей за занятием.

В роли *терапевта* режиссер психодрамы пытается помочь членам группы изменить неудачные паттерны поведения. С одной стороны, он может не вмешиваться в групповой процесс, позволяя группе самой продолжать занятие, с другой — он может агрессивно, настойчиво и ласково требовать от участников работы в психодраматическом действии.

В роли *аналитика* руководитель группы интерпретирует и комментирует поведение участников, анализирует реакции всех членов группы на какое-то действие.

Протагонист — тот член группы, который является субъектом конкретного психодраматического действия. Протагонист, изображая события из своей жизни-

116

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

ни, имеет редкую возможность дать собственную интерпретацию прошлой жизненной ситуации перед группой равных партнеров, сочувствующих ему.

Участник, задействованный в работе с протагонистом, исполняет роль «вспомогательного «Я», олицетворяет всех значимых других в жизни протагониста.

Аудитория. Состоит из членов группы, которые не играют ролей в данном психодраматическом действии. В заключительной фазе занятия они демонстрируют свои эмоциональные отношения к происшедшему и раскрывают собственные проблемы и конфликты, аналогичные обсуждавшимся во время занятия.

Аудитория, эмоционально вовлекаясь в психодраму, может достичь состояния инсайта по отношению к собственным проблемам — подобно тому, как мы узнаем что-то о самих себе, когда смотрим пьесу.

Фазы развития психодрамы

Первой фазой развития классической психодрамы является *психическая разминка*. Разминка состоит из трех стадий:

- постепенное раскрепощение двигательной активности участников;
- стимуляция спонтанных поведенческих реакций;
- фокусировка внимания членов группы на конкретном задании или теме.

Разминка особенно нужна в тех психодраматических группах, участники которой оказывают некоторое сопротивление исследованию определенной темы или стесняются стать первыми добровольными протагонистами.

Разминка может быть *вербальной* или *невербальной*, заимствованной из других групповых подходов или разработанной самим режиссером.

Одни виды разминки эффективны при невысоком Уровне тревожности и направлены на поощрение

117

Основы клинической гипнотерапии

спонтанности и создание групповой сплоченности, другие — требуют более высокого уровня самоконтроля и могут давать более эмоционально значимый материал

для обсуждения.

Вербальная разминка для медленно продвигающихся групп: «Подумайте о том, что бы вы хотели услышать (или не хотели бы услышать): от одного из людей в этой комнате; от своего друга; от члена своей семьи. Станьте этим человеком и выскажите это требование». *Невербальная разминка* помогает участникам косвенным образом преодолевать сопротивление открытому разговору о своих чувствах и проблемах. Функцией двигательных упражнений, таких как прогулка по комнате и разглядывание человека без произнесения

слов, является генерирование энергии. Могут использоваться формы движений, применяемые в танцевальной терапии.

Вторая фаза — *фаза психодраматического действия*. В одних случаях режиссер сам выбирает протагониста, в других — доброволец-протагонист предлагает для действия свои личностные проблемы.

Протагонист импровизирует, пытается воссоздать прошлую ситуацию. Помещение, используемое для психодрамы, должно позволять легко маневрировать своим пространством. Классическое помещение для психодрамы имеет, как и в театре, зал для аудитории и многоуровневую круглую сцену, которая напоминает многоярусный свадебный пирог. На вершине сцены имеются частично отгороженное пространство и балкон.

Психодраматические представления отражают не только реальные события и ситуации, но и представления протагониста о будущем. Когда протагонисты рассказывают о своих скрытых мыслях и чувствах, они могут ощущать тревогу или сопротивление.

Здесь-то и нужно искусство режиссера, чтобы помочь протагонисту исследовать открывшиеся перспек-

118

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

тивы и достичь нового понимания себя без подавления актуально переживаемых чувств.

Во время этого процесса протагонист часто испытывает очень сильные эмоциональные переживания. Как только действие подходит к завершению и, возможно, достигаются катарсис и инсайт, представление заканчивается.

Последней фазой психодрамы является *фаза последующего обсуждения и интеграции*. Здесь само психодраматическое действие и возникшие в ходе его переживания обсуждаются как протагонистом, так и остальными членами группы.

После сообщения своих эмоциональных реакций члены группы высказывают протагонисту конкретные соображения и дают ему обратную связь.

В зависимости от целей группы во время обсуждения участники могут также давать теоретические интерпретации других возможных способов разрешения конфликта.

Методики психодраматического действия

На протяжении всей психодрамы режиссер помогает протагонисту развить действие, используя набор психодраматических методик. Наиболее распространенные из них: монолог, двойник, обмен ролями, отображение.

Монолог — это театральная реплика, в которой протагонист выражает свои скрытые мысли и чувства как себе самому, так и аудитории. Монолог позволяет протагонисту взглянуть на свои эмоции как бы со стороны и тем самым с большим успехом исследовать свои реакции на текущую ситуацию.

Двойник, или *второе «Я»* — наиболее распространенная психодраматическая методика. Двойник пытается стать протагонистом, принимая телесные позы и

119

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

перенимая привычки протагониста. Он помогает протагонисту и поддерживает его.

Во многих психодраматических группах члены группы поочередно, как только чувствуют, что могут внести что-то в психодраматическое действие, становятся двойником протагониста, или «вспомогательным «Я»». Идея методики *обмена ролями* состоит в том, что протагонист играет другие ключевые роли в поставленных им представлениях, а «вспомогательное «Я», воспроизводит поведение и высказывания самого протагониста.

1. С одной стороны, эта методика дает возможность «вспомогательному «Я» исполнить свою роль более точно на основе наблюдений за тем, как ее играет время от времени сам протагонист.

2. С другой стороны, эта методика позволяет понять затруднения партнера, отнестись с эмпатией к его переживаниям, встать на его точку зрения.

3. Играя роль другого человека, мы можем также взглянуть на себя глазами этого человека и таким образом лучше понять проблему и конструктивно разрешить межличностные конфликты.

Во время психодраматического действия можно сочетать методику «обмена ролями» с методикой «двойника».

Отображение тесно связано с обменом ролями. При помощи отображения протагонисты могут осознать, как их воспринимают другие люди. Используя эту методику, режиссер просит протагониста отойти на задний план и наблюдать за тем, как дублер в лице «вспомогательного «Я» играет его собственную роль в психодраматическом представлении.

Выбор конкретной методики зависит от готовности членов группы к спонтанным действиям по достижению групповых целей и от характера группы. Одни

120

ГЛАВА 4. МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

методики особенно подходят для разминки, целью которых является выбор темы или протагониста, другие ориентированы на фазу группового действия или последующего обсуждения.

Поскольку психодрама обладает большим потенциалом, она требует компетентности от режиссера; некомпетентные режиссеры могут начать эксплуатировать членов группы для удовлетворения своих собственных потребностей. Такие особенности групповой динамики, как групповые нормы, темы и борьба влияний, имеют в психодраме большое значение.

В плане терапевтических приемов психодрама применяется для лечения больных алкоголизмом, наркоманией, при работе с делинквентными подростками, больными психиатрического стационара и детьми. Кроме того, психодрама используется как средство расширения самосознания человека и коррекции навыков межличностного общения.

ГЛАВА 5

ОСЛОЖНЕНИЯ

ПРИ ГИПНОТЕРАПИИ

Различают осложнения спонтанные, возникающие самопроизвольно, и осложнения как результат внушения.

5.1. УТРАТА РАППОРТА ВО ВРЕМЯ СЕАНСА

Погруженный в гипнотическое состояние пациент перестает реагировать на речь психотерапевта и выполнять внушения. Такого рода осложнения достаточно часто встречаются при гипнотизации больных хроническим алкоголизмом, выраженным церебральным атеросклерозом, у больных с резидуально-органическим поражением ЦНС, истерическим неврозом.

Гипнотический транс в таких случаях нередко переходит в обычный сон и психотерапевт может поступать разными способами:

1) вывести пациента из состояния гипноза энергичным внушением пробуждения;

2.) если не удастся вывести пациента из состояния погружения, то психотерапевт может «уменьшить значимость» возникшего состояния, громко сказав: «Пусть спит — когда выспится, проснется»;

3) не трогать пациента, обеспечив наблюдение за ним. Тогда гипнотический сон перейдет в обычный и пациент, когда выспится, проснется самостоятельно.

122

ГЛАВА 5. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГИПНОТЕРАПИИ

5.2. СПОНТАННЫЙ КАТАРСИС

Во время гипноза у пациента без внешнего повода внезапно всплывают травмировавшие его ранее переживания, в связи с чем могут появиться слезы,

рыдания, экспансивные движения.

5.3. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ГИПНОИД

Во время сеанса может возникнуть истерический припадок с типичными вскрикиваниями, рыданиями или хохотом, театральным разыгрыванием судорог. Иногда больной произносит бессвязные фразы, читает стихи, встает, пытается выйти из кабинета. В таких случаях целесообразно вывести пациента из гипнотического состояния, внушив при этом спокойствие, расслабленность и покой.

5.4. СПОНТАННЫЙ СОМНАМБУЛИЗМ

Возникает внезапно, в основном у истерических личностей. Начинается с утраты раппорта. Пациент спонтанно впадает в сомнамбулическое состояние, во время которого теряет ориентировку, галлюцинирует, ходит по помещению, разыгрывает какие-то сцены из своей прошлой или воображаемой жизни.

При возникновении спонтанного сомнамбулизма психотерапевту необходимо «присоединиться» к переживаниям пациента и императивно восстановить раппорт. Обычно это удается, и тогда спонтанную сомнамбулу можно перевести в управляемую.

У больных эпилепсией или с органическим поражением ЦНС возможно возникновение пароксизмальной сомнамбулы с полной утратой контроля и тотальной

123

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

амнезией (купирование медикаментозное: парентерально вводится диазепам).

Спонтанная сомнамбула может продолжаться до нескольких часов, при отсутствии раппорта самопроизвольно переходит в естественный сон.

5.5. ГИПНОТИЧЕСКАЯ ЛЕТАРГИЯ

Возникает обычно в третьей стадии гипноза. Проявляется утратой раппорта и, следовательно, невозможностью вывести пациента из гипнотического состояния. Такое осложнение при правильном и спокойном поведении врача-психотерапевта не грозит ничем серьезным. Больной может продолжать спать. Врач же тихим голосом, поглаживая лоб больного, проводит внушение на пробуждение. Более целесообразно в таких случаях понаблюдать за ритмом дыхания больного и формулу вывода из гипнотического состояния говорить на выдохе больного уверенным голосом. Если это не приводит к желаемому результату, следует выждать 30-40 минут и повторить попытку. Если не удастся и вторая попытка, то тактика выжидательная. Гипнотическая летаргия спустя некоторое время (1-2 часа) переходит в естественный сон.

5.6. ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Могут возникнуть у примитивных шизоидных больных, больных латентной и вялотекущей формой шизофрении, а также у пациентов с псевдоневротическими расстройствами на инициальном этапе параноидной или периодической шизофрении, вовремя не распознанной психотерапевтом, когда имеющиеся расстройства квалифицируются как «невротические».

124

ГЛАВА 5. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГИПНОТЕРАПИИ

5.7. СИНДРОМ ОТМЕНЫ

Может возникнуть в конце курса гипнотерапии. Для него характерны возникающие в условиях прекращения психотерапии (в зависимости от клинического выражения психических и соматических расстройств пациента) психические, неврологические или соматические расстройства.

Отмечаются нарушения в аффективной сфере — тоска, тревожно-депрессивное состояние, тревога, напряженность, истерические высказывания, расстройства адаптационных механизмов, агрессия по отношению к родным и окружающим, нарушение внимания. В отдельных случаях — острое психотическое состояние. В формировании и тяжести психических нарушений, при отмене гипнотерапии, большую роль играют

личностные особенности больных. Чаще клинические последствия, сопровождающие прекращение гипнотерапии, сочетаются с симптомами основных заболеваний.

5.8. ГИПНОМАНИЯ

Проявляется в том, что прекращение сеансов классического гипноза вызывает ухудшение психического состояния пациента, сопровождаемого психологическим дискомфортом. Больные осознанно или неосознанно вновь хотят пережить гипнотическую эйфорию. После лечения, несмотря на отсутствие внушений, у них часто повторяются ощущения, которые вызывались в предыдущих сеансах.

В зависимости от тяжести протекания и формы проявления выделяют три степени гипномании.

/ *степень* гипномании (легкая степень — *гипнолел-сия*) проявляется сонливостью, дремотой в течение суток после сеанса. Это состояние может усиливаться при

125

Основы клинической гипнотерапии

появлении врача-психотерапевта, проводившего гипнотерапию, во время беседы с ним. На этой стадии критическое отношение больного к происходящему сохраняется.

17 *степень* — гипномания средней тяжести. Больные находятся в глубоком гипнотическом состоянии, и в конце лечения для дегипнотизации требуется индивидуальное внушение. После пробуждения пациенты заторможены, сонливы, с трудом реагируют на окружающее (повышение порога возбудимости). После сеанса они могут спать от 2 часов до суток. В последующем у больных может исчезнуть критическое отношение к себе и своему поведению, они хотят вновь испытать «гипнотическое состояние». Напоминание или предупреждение об окончании курса гипнотерапии может вызвать отрицательную реакцию (слезы, ухудшение общего самочувствия, возвращение прежней симптоматики и др.).

III степень — выраженная гипномания. Подразделяется на две стадии.

- В первой стадии больные находятся в состоянии гипнотического сна длительное время (нередко более суток). Для пробуждения требуется индивидуальная дегипнотизация. Однако после пробуждения больные без внушения вновь погружаются в гипнотическое состояние. В течение суток и более у больных наблюдаются легко выраженные вегетативные расстройства (дрожь, гиперемия кожных покровов, тахикардия); нередко возникает амнезия на происходящие события. Одним из главных проявлений этой степени гипномании являются астения, гиперактузия, головная боль, чувство тяжести в голове.

- Во второй стадии у больных резко выражено гипнотическое состояние, в котором они могут находиться до 2—3 суток. Проводимые для дегипнотизации внуше-

126

ГЛАВА 5. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГИПНОТЕРАПИИ

ния часто не дают положительных результатов. Насильственное же пробуждение (*которое в таких случаях противопоказано*) приводит к резкому ухудшению как психического, так и соматического статуса. В этой стадии во время гипнотического состояния могут наблюдаться резко выраженные вегетативные проявления: обильная потливость и мочеиспускание, гиперемия мышц шеи и лица, гиперкинезия, спазмы мышц гортани, нехватка воздуха и др. В таких случаях возможны тяжелые последствия (травмы и т.п.), так как больные дезориентированы, сознание их сужено. После пробуждения они снова могут погрузиться в гипнотическое состояние.

Главное в таких ситуациях — обеспечить надлежащие надзор и уход за больными, чтобы предотвратить возможные осложнения. Такие больные

должны находиться в условиях стационара под наблюдением специалиста до 7—10 дней.

5.9. ГИПНОФОБИЯ

Проявляется навязчивыми страхами, боязнью гипнотерапии. Наиболее часто встречается у лиц, не подготовленных к гипнотерапии, которые боятся заснуть и не проснуться или же опасаются насмешек над ними. Гипнофобия также возникает у лиц, которые наблюдали у других пациентов осложнения гипнотерапии и испытывают страх возникновения аналогичного состояния у себя. Реже гипнофобия встречается у соматических больных, у которых во время сна наблюдается усиление приступов бронхиальной астмы или стенокардии.

127

ГЛАВА 6 ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГИПНОТЕРАПИИ

6.1. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

Гипносуггестивная психотерапия проводится в трех формах: индивидуальной, групповой, смешанной (например, после нескольких групповых сеансов психотерапевт берет пациента на индивидуальную психотерапию и наоборот). При проведении сеансов гипнотерапии с группой больных экономится время и, кроме того, повышается внушаемость больных в силу подражания и взаимовнушения. К повышению внушаемости может привести и демонстрация сеанса лечения на одном или двух легко-внушаемых пациентах.

До проведения сеанса коллективной гипнотерапии каждого больного предварительно осматривает врач-психотерапевт и решает вопрос о назначении ему лечения внушением в гипнотическом состоянии.

Сеансы гипнотерапии проводятся в хорошо проветренном, теплом помещении (гипнотарии). Больных усаживают в мягкие кресла с подлокотниками или на диваны и дают спокойно побыть в этом состоянии около 10 минут. Затем проводят вступительную беседу и применяют такую же технику гипнотизации, как и при индивидуальных сеансах.

128

ГЛАВА 6. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГИПНОТЕРАПИИ

Часто при коллективной гипносуггестивной психотерапии всем больным одновременно внушают хорошее самочувствие и состояние покоя. Если группа больных; по характеру заболевания однородна (например, все лечатся по поводу хронического алкоголизма), всем им I проводится одновременно общее внушение на отказ от ■ алкоголя.

Если группа больных разнородна, то целесообразно иметь наушники и пульт для индивидуального внушения.

6.2. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГИПНОТЕРАПИИ

Гипнотерапия показана, в первую очередь, больным с пограничными нервно-психическими расстройствами (невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами по МКБ-10). Однако применение гипнотерапии, в особенности классического гипноза, зависит как от нозологической структуры психопатологических расстройств, так и личностных особенностей пациента и его отношения к гипнозу.

Следует отметить, что сама гипнотерапия (за исключением гипноанализа и гипнокатарсиса) не направлена на устранение патогенетического фактора заболевания, поэтому эффект может быть кратковременным, что в последующем потребует присоединения других методов психотерапии.

Для больных неврастениями с расстройствами ночного сна показан так называемый гипноз-отдых, который даже без применения суггестивных приемов дает положительный, но кратковременный эффект. Следует учитывать, что для больных неврастениями характерен базовый конфликт, заключающийся в предъявлении пациентом к себе требований, значительно превосходя-

5. В. А. Руженков

129

Основы клинической гипнотерапии

щих его как психологические, так и физиологические возможности. Именно устранение этого конфликта между потребностями и возможностями может привести к длительному результату, однако методом классического гипноза эту проблему решить затруднительно.

Каждый врач-психотерапевт, по мере приобретения опыта, знает границы и возможности методов психотерапии, которые он использует в своей практике; по мере же приобретения навыков и овладения другими методами психотерапии расширяются его профессиональные возможности, а равно и показания к проведению того или иного метода для различных категорий больных.

Противопоказания к проведению гипнотерапии более четкие, и их можно разделить на две группы: абсолютные и относительные.

Абсолютно противопоказана гипнотерапия больным с бредовыми психозами, в первую очередь — шизофренией с бредовыми идеями воздействия, синдромом Кандинского—Клерамбо, так как возможна генерализация бредовых идей, и вся обстановка, а также врач, проводивший гипнотерапию, будут вовлечены в бредовые переживания больного. С одной стороны, это может привести к ухудшению состояния больного, с другой — может возникнуть угроза для самого врача, с которым больной может захотеть «разделаться», чтобы спастись от «губительного гипнотического воздействия»: больной из «преследуемого» сам становится «преследователем». Аналогично поступают и в тех случаях, когда к врачу-психотерапевту обращается больной с жалобами на то, что его кто-то загипнотизировал, и просит врача, чтобы тот применил свои умения и «разгипнотизировал его», применив для этой цели более сильный гипноз.

Противопоказано проведение гипнотерапии также истерическим личностям с гипноманическими установ-

130

ГЛАВА 6. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГИПНОТЕРАПИИ
ками и субъектам истероидной структуры, у которых в анамнезе при лечении гипнозом возникали осложнения в виде истерического гипноида.

Также противопоказана гипнотерапия лицам с расстройством личности истерического типа, сочетающимся с гиперсексуальностью, сексуальными перверзиями и склонностью к псевдологии. Ранее, если врач-психотерапевт видел необходимость в гипнотерапии в таких случаях, ее рекомендовали проводить в присутствии третьего лица. Однако мы считаем использование гипнотерапии в таких случаях нецелесообразным, так как существует множество других, не менее эффективных психотерапевтических приемов, не связанных с директивным применением гипноза, которые, в зависимости от профессиональной подготовки врача, он может успешно применить.

Абсолютно противопоказана гипнотерапия лицам, у которых в анамнезе были осложнения в виде гипно-мании (любой степени).

К *относительным противопоказаниям* к проведению гипнотерапии можно отнести следующие случаи:

- когда в прошлом у пациента возникали какие-либо осложнения при гипнотерапии и у него имеются опасения или страх перед их повторением;
- когда диагноз заболевания точно не установлен и врач-психотерапевт не уверен в результате гипнотерапии. Это чаще всего случаи так называемых соматоформных расстройств и сомато-вегетативных ощущений в рамках так называемой «соматизированной депрессии»;
- когда больной противится проведению классического гипноза или не верит в его эффективность;
- когда пациент «негипнабелен» для данного врача-психотерапевта;

- когда пациент болен гипнофобией.

131

Основы клинической гипнотерапии

Следует подчеркнуть, что гипнотерапия — один из множества методов психотерапии, и как опытный автослесарь не использует только один ключ для ремонта автомобиля, так и врач-психотерапевт не станет применять только классический гипноз для лечения больных.

Гипнотерапия всегда должна применяться в сочетании с общими психотерапевтическими мероприятиями, которые должны ей предшествовать, с ней сочетаться и ей сопутствовать. Очень часто гипнотерапия сочетается с медикаментозным лечением, и здесь широко применяется так называемый «эффект опосредованной психотерапии».

ЭРИКСОНОВСКИЙ

гипноз

ГЛАВА 7

БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ЭРИКСОНОВСКОЙ

ГИПНОТЕРАПИИ

В основе эриксоновской гипнотерапии лежат эмпирические исходные положения, составляющие основу этого подхода. Эти положения следующие.

7.1. ВСЯКАЯ ЛИЧНОСТЬ УНИКАЛЬНА

Милтон Эриксон писал: «Основная проблема в гипнозе — это наведение удовлетворительного состояния транса. Главный вопрос состоит в том, как обеспечить сравнимую степень гипноза у различных субъектов и одинаковые состояния транса у одного и того же субъекта в разное время».

Причина этих трудностей состоит в том факте, что гипноз основан на меж- и внутриличностных взаимоотношениях. Такие взаимоотношения непостоянны и меняются в соответствии с реакцией личности на любое гипнотическое действие. Кроме того, каждая личность уникальна, и характер ее спонтанного и ответного поведения по необходимости изменяется в зависимости от времени, ситуации, намеченных целей и участников взаимодействия.

134

ГЛАВА 7. БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭРИКСОНОВСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

7.2. ГИПНОЗ — ЭТО ЧУВСТВЕННО ПЕРЕЖИВАЕМЫЙ ПРОЦЕСС ПЕРЕДАЧИ ИДЕЙ

Идея — это некое различие, «разница», в которой заключается все дело (Г. Бейтсон, 1979), некая корреляция, бит информации.

Наведение гипнотических состояний и феноменов представляет собой прежде всего передачу идей и вызывание у субъекта цепочек мыслей и ассоциаций, которые в конечном счете приводят к поведенческим реакциям. Даже когда гипнотизер что-то делает с субъектом или говорит ему, что и как делать, возникающий транс по-прежнему остается результатом идей, ассоциаций, психических процессов и представлений, которые уже существуют в психике человека и вследствие этого всего лишь пробуждаются в нем.

Слишком многие гипнотерапевты принимают за действующие факторы собственные действия, намерения и желания и некритически верят, что это их обращение к субъекту вызывает или инициирует конкретные реакции. Они не осознают, что их слова и действия служат всего лишь средствами стимулирования или пробуждения у их клиентов прежних знаний или представлений, приобретенных отчасти сознательным, а отчасти бессознательным путем. Следует всемерно направлять внимание субъекта на процессы, идущие внутри него самого, на его собственные телесные ощущения, воспоминания, эмоции, мысли, чувства, идеи, знания и прежний опыт. Хорошая гипнотическая техника, выстроенная таким образом, может дать поразительный эффект даже при неблагоприятных, казалось бы, обстоятельствах.

Чтобы должным образом оценить эту точку зрения, важно понять, что идеи могут быть облечены в разнообразные формы или модальности. Они могут быть вы-

135

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ражены в виде ощущения, образа, понятия, убеждения, двигательного акта или знания. Личность постоянно сосредоточена на разнообразных идеях. Задача эриксоновского гипнотерапевта состоит в том, чтобы выявить и использовать эти идеи как основу для достижения гипнотического эффекта.

7.3. КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК РАСПОЛАГАЕТ ПРОДУКТИВНЫМИ РЕСУРСАМИ

Эриксоновский гипнотерапевт исходит из того, что каждый человек наделен значительно большими способностями и ресурсами, чтобы испытывать счастье и удовлетворенность жизнью. К сожалению, многие из этих ресурсов разобщены с текущими переживаниями человека. Например, каждый способен проявлять доброту к другим, однако многие не позволяют себе этого. И даже когда подобные ресурсы доступны, на них часто накладываются ненужные ограничения.

Основываясь на этом положении, эриксоновский гипнотерапевт обычно не пытается дать клиенту что-то новое. Вместо того он помогает клиенту научиться использовать те навыки и ресурсы, которыми тот уже обладает. Предполагается, что эти ресурсы будут реализованы через самоисследование клиента на уровне ощущений, а не через осознанное понимание со стороны гипнотерапевта или клиента. Это относится также (см. главу «Методы наведения трансовых состояний») и к гипнотическому наведению, когда транс достигается на основе естественного опыта клиента, и к гипнотерапии вообще, когда стратегия трансформации направлена на выявление и (или) реорганизацию соответствующих ресурсов клиента.

136

ГЛАВА 7. БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭРИКСОНОВСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

7.3.1. ТРАНС АКТИВИЗИРУЕТ ЭТИ РЕСУРСЫ

Главная терапевтическая ценность транса состоит в том, что он может избавить человека от жестких ограничений «super ego» и сознания и, тем самым, сделать возможным переструктурирование и реорганизацию системы самоощущения. Сознательная, целенаправленная деятельность, как правило, связана с установлением тех или иных психических конфигураций, или структур, что сужает поле внимания или сосредотачивает его лишь на связанных с этими ограничениями сигналах.

7.4. ТРАНС ЕСТЕСТВЕН

Ощущения транса не представляют собой чего-то чуждого нормальному способу реагирования человека. Они напоминают переживания, знакомые каждому из нас, такие как: чтение увлекательного романа, длительная езда в автомобиле, грузы наяву и т.п. Единственное отличие транса нередко состоит в том, что чувственное участие здесь нередко более интенсивно и продолжительно, поскольку имеет своей целью достижение определенных терапевтических целей.

То что состояние транса согласуется с нормальными процессами, происходящими в человеке, означает, что его лучше всего достигать путем естественного взаимодействия. Например, вместо того, чтобы пытаться вызвать возрастную регрессию с помощью каких-либо стандартизированных, искусственно звучащих воздействий (как это происходит в классическом гипнозе), эриксоновский гипнотерапевт может попросить субъекта воссоздать в памяти и описать воображаемого товарища детских игр, или домашнее животное, которое

137

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ему наиболее нравилось в детстве, местность, где он жил в требуемом (для

регрессии) возрасте.

7.4.1. САМОСОЗНАНИЕ СУБЪЕКТА В ТРАНСЕ

Самосознание субъекта в трансе характеризуется определенной двойственностью: это означает, что человек идентифицируется с обеими сторонами взаимодополняющего деления на «это» и «то», «внутри» и «вне». В трансе человек ощущает себя и «здесь» и «там», чувствует себя объединенным с терапевтом и одновременно разъединенным с ним, «частью» происходящего и «отдельно» от ситуации, при возрастной регрессии — «ребенком» и «взрослым».

7.4.2. ТРАНС ВОЗНИКАЕТ ВО МНОГИХ КОНТЕКСТАХ

Транс возникает во многих культурных и религиозных ритуалах, очень часто он наглядно возникает у спортсменов и артистов (которые рассказывают, что «отдаются течению» и испытывают раскованность). Это же могут чувствовать люди, глубоко поглощенные звуками музыки или ритмом танца; это же можно наблюдать у человека, углубившегося в книгу, или у ребенка, увлекшегося телешоу, когда он «не слышит», как к нему обращаются.

7.4.3. ТРАНС МОЖНО ВЫЗВАТЬ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ

В числе средств наведения транса — ритмичные и повторяющиеся движения (танец, бег, укачивание; можно напомнить, когда младенец плачет, то мать его укачивает на руках и он засыпает); монотонное пение (медитация, молитва, групповые ритуалы, скандирование лозунгов на митингах); сосредоточение внимания (на

138

ГЛАВА 7. БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭРИКСОНОВСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

мантрах, на голосе гипнотизера, на звуке метронома). Все эти взаимосвязанные способы имеют тенденцию снижать роль дискретных, аритмичных движений рассудочной, сознательной природы, создавая тем самым более целостный тип переживания. В результате изменения мышечного тонуса ослабевает пролегающее по поверхности тела различие собственного «Я» и внешнего мира и человек получает возможность синхронизоваться со взаимодополняющими биологическими ритмами и подстраиваться к целостным психологическим процессам.

7.4.4. ТРАНС — КАК БИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

Антропологи отмечают, что ритуалы транса обнаруживаются буквально в каждой культуре. Историки свидетельствуют, что подобные ритуалы существуют на протяжении столетий. Такое широкое распространение «трансовой культуры» говорит о том, что это биологически важное для человека явление.

Одно из следствий этой точки зрения состоит в том, что транс все равно возникает, нравится это вам или нет. Это значит, что мы нуждаемся в такой возможности дать себе волю, погрузиться в более глубокий коллективный контекст («коллективное бессознательное», в терминологии К.Г. Юнга), «отдаться» своему глубинному «Я». Мы нуждаемся в том, чтобы периодически отключать регуляцию, направленную на сознательное достижение цели и исправление ошибок и вновь испытать неискаженное чувство целостности.

С биологической точки зрения транс играет важную роль в уравнивании биологических и психологических систем. Он способствует удовлетворению нескольких, присущих человеку взаимодополняющих мо-

139

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

тиваций — сохранению и расширению целостности автономного самосознания. Сохранение самосознания может происходить посредством транса разными способами, в частности с помощью ежедневной медитации, ауто-гипноза, групповых песнопений. Серьезная угроза жизни может вызвать защитный транс, связанный с полным уходом от сознательной ориентации: шок, каталепсия и т.п. (т.е. своего рода «аффективно-шоковые реакции», в

клинической психиатрической терминологии).

ГЛАВА 8

СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

Когда мы общаемся с кем-нибудь и хотим, чтобы человек принял нашу точку зрения или почувствовал по поводу какого-то события то же, что и мы, у нас есть два пути: убеждение, логические аргументы и внушение. В обыденной жизни мы пользуемся и тем и другим без всяких семинаров, и вроде бы понимаем, каким способом достигаем своих целей, хотя это не всегда легко определить. Убеждая кого-либо в чем-либо, мы привлекаем логические аргументы: «Я прав поэтому, поэтому и поэтому...» В таком случае, что значит доверие с позиций убеждения, логики? Это значит, что я доверяю этому человеку сознательно. Сознательно можно доверять кому-то, с кем уже вел какие-то дела и он выполнял свои обещания. Сознательно вы не доверяете человеку, который несколько раз вас обманывал. Таким образом, сознательный подход является в некоторой степени статистическим — это прогноз на будущее на основе прошлых событий.

Вторая категория доверия — *подсознательное доверие*. Мужчины говорят: «Он мне что-то сказал, и я ему сразу поверил...» Или женский вариант: «Он мне сказал, и я за ним пошла...» Об этом еще говорят: «Окрутил, околдовал». Сущность кроется в том, что подсознательное доверие с логикой никак не сочетается.

В гипнозе основой является как раз второй вариант доверия — подсознательное доверие. Его называют еще раппортом. (В классическом гипнозе раппортом называют связь гипнотизера и гипнотизируемого. В эрик-

141

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

соновском гипнозе это, в принципе, то же самое.) Для того, чтобы подействовало внушение, надо сначала создать раппорт, т.е. очаг «сверхбодрствования» в коре головного мозга. Для того чтобы это сделать, есть несколько простых приемов.

Первый, и очень важный этап, от которого зависит успех дальнейших действий, называется «присоединение». На самом деле это просто и известно всем. К примеру, если на дружеской вечеринке все веселы и беззаботны, мы впоследствии вспоминаем ее с удовольствием и говорим: «там была хорошая компания». Но, допустим, в другой раз один человек был грустным и сбивал общее настроение. Может быть, вы и будете довольны проведенным временем, а вот он точно будет расстроен тем, что другие веселились и не поняли его проблем.

В первом случае можно сказать, что все присутствующие на вечеринке были присоединены к общему настроению и испытывали взаимопонимание, во втором случае — один человек не присоединился к обществу и из-за этого между ним и другими могло возникнуть непонимание.

Существует две группы приемов присоединения (гармонизации) — физиологические и психологические, посредством которых создается бессознательное доверие и возможность «вести» пациента по намеченному сано-генному пути. Рассмотрим физиологические методы присоединения — их три: присоединение к позе, дыханию, микродвижениям.

8.1. ПОДСТРОЙКА К ПОЗЕ

Первый прием установления раппорта — подстройка к позе (или присоединение при помощи позы тела). Другими словами, вы садитесь или становитесь точно

142

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

так же, как ваш собеседник (пациент). Если он находится в так называемой закрытой позе, вы принимаете такую же и начинаете разговор, через

некоторое время (1—2 минуты) вы изменяете свою позу на какую-либо другую, например более открытую, и если ваш собеседник изменит свою — это неопровержимое подтверждение того, что вы присоединились и уже «ведете» его. Присоединение и ведение — это то, что в классическом гипнозе называется — раппорт, т.е. теперь вы можете проводить свое внушение, так как внутреннее доверие и внимание пациента уже завоевано вами. Итак, когда вы ставите своей целью создание раппорта, вам в первую очередь необходимо принять ту же позу, что и клиент, — отразить его позу. Потренироваться в этом можно, выполнив *упражнение 1*.

Упражнение 1. Выполняется в тройках. Упражнение можно выполнять сидя, стоя или двигаясь. Возьмите для начала первый вариант. Один из участников — А пусть сядет на стул и примет удобную для себя позу. Участник Б пусть сядет рядом или спереди и займет такую же позу. Участник В наблюдает, правильно ли Б принял позу, и помогает ему более точно воспроизвести позу А. Необходимо посидеть в этой позе 2-3 минуты. Затем поменяйтесь местами. Отражение позы партнера (клиента) может выполняться в двух вариантах:

- *Прямое отражение* — когда ваша левая рука лежит так же, как и левая рука клиента, правая рука тоже, ноги расположены так же, как и ноги клиента, то же касается спины и головы (фото 1-3);
- *Зеркальное отражение* — когда ваше тело копирует позу партнера с точностью до наоборот — как в зеркале (фото 4).

Психологическое воздействие подстройки к позе может быть продемонстрировано *упражнением 2*.

143

Основы клинической гипнотерапии

I I

и



Фото 1. Прямое отражение позы партнера (из материалов авторского тренинга)



Фото 2. Прямое отражение позы партнера 144
ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)



Фото 3. Прямое отражение позы партнера



Фото 4. Зеркальное отражение позы партнера 145

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Упражнение 2 (в тройках: *А* — терапевт, *Б* — клиент, *В* — наблюдатель). Сначала в парах *А* и *Б* определите две темы для разговора: в первой вы будете соглашаться со своим напарником, во второй — не соглашаться. *В* — просто наблюдает, что происходит. Вначале *А* и *Б* говорят на тему, где они согласны друг с другом, не соблюдая подстройку. Что происходит? (Практически невозможно не отражать позу, когда есть согласие). Затем, соблюдая подстройку, поговорите о том, с чем вы не согласны. Что происходит? (Практически невозможно соблюдать подстройку, при отсутствии согласия.)

8.2. ПОДСТРОЙКА К ДЫХАНИЮ

Присоединение при помощи дыхания — это более сложный, но и более элегантный прием воздействия, причем его труднее заметить и, следовательно, защититься. Если ваш пациент взволнован и дышит часто и поверхностно, первое, что нужно сделать — это успокоить его с тем, чтобы у него возникла возможность слушать вас. Вы присоединяетесь к его дыханию и через некоторое время делаете свое более глубоким и медленным, таким, каким бывает дыхание спокойного человека. Если присоединение произошло и вы изменили дыхание пациента, вслед за этим изменится и его состояние, и это будет свидетельством, что гипнотический раппорт установлен и вы имеете возможность проводить необходимое вам внушение.

Иногда бывает трудно напрямую присоединяться к дыханию другого, особенно, если гипнотерапевт и пациент разного пола. Дело в том, что обычно у мужчин дыхание чаще брюшное, а у женщин — грудное.

Бывает, что у пациента болезнь дыхательных органов — в этих случаях присоединяться напрямую нежелательно. В таких случаях предпочтительно использо-

146

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

вать косвенное (непрямое) присоединение. Например, в такт дыханию вы двигаете пальцем руки или качаете ногой. Эти движения должны быть в поле зрения пациента и быть едва заметными, чтобы не отвлекать его.

Таким образом, копируя дыхания вашего клиента вы можете использовать два варианта подстройки: прямую и непрямую.

- *Прямая подстройка* — вы просто начинаете дышать с тем же ритмом и глубиной, что и ваш партнер. Прямая подстройка более эффективна для установления раппорта.

- *Непрямая подстройка* — вы согласуете с ритмом дыхания партнера какую-то другую часть своего поведения, например, двигаете рукой в такт его дыхания, говорите в такт его дыхания (на выдохе).

Потренироваться в технике подстройки к дыханию можно, выполнив упражнения 3—5.

Упражнение 3 (в тройках). А — играет роль клиента, Б — психотерапевт, В — супервизор. А садится на стул в удобную позу, Б присоединяется к позе и напрямую копирует его дыхание. В наблюдает за дыханием А и движет в такт дыхания рукой, помогая тем самым Б, который подстраивается.

Следует помнить, что у мужчин и женщин разные типы дыхания: как правило, у мужчин брюшной тип дыхания (они «дышат» животом), а у женщин грудной чтобы увидеть дыхание у мужчины, необходимо смотреть на живот, у женщин — на грудь.

Упражнение 4 (в других тройках). Позволяет научиться присоединяться к дыханию методом прямой подстройки. А — клиент, Б — психотерапевт, В — супервизор. А садится на стул в удобную позу и просто сидит. Б отражает позу А и ритм его дыхания. В наблюдает за правильностью и корректирует.

147

Основы клинической гипнотерапии

Упражнение 5. Позволяет научиться присоединяться к дыханию методом не прямой подстройки.

А — клиент, Б — психотерапевт, В — супервизор. А садится на стул в удобную позу и просто сидит. Б отражает позу А и движет рукой (малозаметные движения) или пальцем в ритм его дыхания. В наблюдает за правильностью и корректирует.

После того как психотерапевт научился правильно отражать позу пациента и его дыхание, необходимо потренироваться в «ведении» пациента, т.е. буквально невербальными способами менять его поведение, в данном случае — позу и ритм дыхания. Научиться этому можно, регулярно тренируясь, выполняя упражнения 6, 7 с разными партнерами.

Упражнение 6 (в тройках). А — клиент, Б — психотерапевт, В — супервизор. А садится на стул в удобную позу и просто сидит. Б отражает позу А и дыхание. В — наблюдает за правильностью и помогает Б более правильно присоединиться. Спустя 1-2 минуты Б незначительно меняет свою позу и наблюдает, изменилась ли поза у А. Если присоединение было правильным, то при изменении позы психотерапевта автоматически меняется поза пациента.

Упражнение 7 (в других тройках). А — клиент, Б — психотерапевт, С — супервизор. А садится на стул в удобную позу и просто сидит. Б отражает позу А и дыхание. В наблюдает за правильностью и помогает Б более правильно присоединиться. Спустя 1-2 минуты Б меняет ритм своего дыхания и наблюдает, изменился ли ритм дыхания у А. Если присоединение было правильным, то при изменении ритма дыхания психотерапевта автоматически меняется ритм дыхания пациента.

148

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

8.3. ПОДСТРОЙКА К ДВИЖЕНИЯМ

Став для вас партнером по беседе, человек обычно не сидит в одной позе как истукан, более того, вы можете куда-то идти вместе со своим собеседником, останавливаться, разговаривать с другими людьми. Ваш партнер жестикулирует, кивает или качает головой, мигает — все это может быть предметом для подстройки (фото 5).

Подстройка к движениям более сложна, чем к позе и дыханию, так как движения более динамичны и изменчивы во времени. Давайте подумаем, какие движения можно было бы отразить так, чтобы партнер этого не заметил. В общем-то любые движения, причем их можно разделить на две группы:

- макродвижения (походка, жесты, движения головы, ног и т.п.);



Фото 5. Подстройка к движениям

149

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

- микродвижения (мимика, мигание, мелкие жесты, подрагивание, расширение зрачка и т.п.).

Лучше всего подстраиваться к движениям рук партнера (его жестам) с помощью движений своих пальцев. Отражайте пальцами примерное направление движения рук партнера; не копируйте движения рук партнера зеркально, «намечайте» их, не заканчивая. Для подстройки важно отразить направление, а не все движение. Из мелких движений проще всего отражать мигание, а затем можно закрыть глаза — и партнер также их закроет (*ведение*). Потренироваться в отражении микродвижений можно при помощи упражнения 8.

Упражнение 8 (выполняется в тройках). Партнер А удобно располагается

в кресле и поддерживает светскую беседу с Б. Задача Б напрямую подстроиться к позе, дыханию и движениям А (на 2-3 минуты), а затем постепенно менять свою позу, ритм дыхания и достичь определенной, поставленной перед собой цели (не говоря А об этом), например, чтобы А закрыл глаза. В может помогать Б, отражая ритм дыхания А, чтобы его лучше видел Б.

Подведем итог о присоединении на физиологическом уровне: для того чтобы присоединиться к пациенту, вы должны, как зеркало, отражать его позу, дыхание, микродвижения.

Как уже было сказано выше, существует два способа присоединения: физиологический и психологический, второй является самым мощным. Его может заметить только искушенный и продвинутый специалист (в области эриксоновского гипноза или НЛП). В первых трех приемах мы использовали физиологические процессы с целью присоединения к внутреннему состоянию человека. Но чаще необходимо непосредственное присоеди-

150

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

нение к внутренним процессам, протекающим в психике другого. Вы можете напрямую присоединиться к таким процессам, как мышление, принятие решений, внутренняя программа, определение правильности чего-либо и т.п. Однако вначале необходимо ознакомиться с методами определения внутренних процессов, которые проходят в психике пациентов (или собеседников).

8.4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПОДСТРОЙКА К ПЕРВИЧНОЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЕ

Мы, как человеческие существа, являемся в некотором смысле системами восприятия чувственной, перцептуальной и когнитивной информации. В процессе взаимодействия с другими людьми мы сознательно или бессознательно подаем эту информацию вовне — т.е. репрезентируем (представляем) ее таким способом, который является для нас значимым. Итак, способ, которым человек репрезентирует свой опыт, является одной из ключевых его характеристик. Давайте проведем анализ следующего диалога, демонстрирующего различные способы презентации опыта.

Пациент: Доктор, мне очень *тяжело*; по-видимому, я не смогу это *одолеть*.

Врач: Я это вижу.

Пациент: Такое *ощущение*, что я как-то не так обращался со своими детьми, теперь у меня *тяжесть* на душе, я думаю, вы поможете мне уловить это...

Врач: Я *представляю*, что вы имеете в *виду*. Постарайтесь дать мне собственную *перспективу*, свой *взгляд* на происходящее.

И так далее. Несоответствие явное. Ситуация немного утрирована, но непонимание между людьми в большинстве случаев происходит именно по таким ме-

151

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ханизмам. Процесс коммуникации напоминает здание, которое строят, например, два разных человека. Это здание может быть прочным и крепким или хрупким и слабым. От чего это зависит? В первую очередь от взаимопонимания строителей. В приведенном диалоге — «возводится» два разных здания, не похожих друг на друга.

Проблемы, которые беспокоят людей, зачастую не имеют ничего общего с содержанием. Они связаны со структурой, формой организации опыта. Информацию о форме организации опыта дают языковые стереотипы. Люди используют слова для описания того, что, по их мнению, происходит. Существует большая разница, между действительным событием и словесным описанием того, что произошло. *Упражнение 9* поможет вам определить, как люди представляют свой опыт.

Упражнение 9 (в парах). А — пациент, Б — психотерапевт. А в течение 3-4 минут рассказывает Б о пережитом в прошлом положительном, впечатляющем опыте, обязательно включая в описание то специфическое, что наиболее понравилось. Б внимательно слушает и выбирает слова-предикаты. (Это глаголы, прилагательные и наречия — слова, определяющие взаимоотношения между вещами; т.е. между субъектами и объектами.) Вы можете заметить, что чаще всего предикаты касаются аудиальной, визуальной, кинестетической сенсорных систем. То же самое вы могли заметить и в вышеприведенном диалоге врача и пациента. Пациент употребляет в основном кинестетические слова: тяжело, уловить, ощущение; терапевт же использует визуальные слова: вижу, взгляд.

Итак, люди по-разному представляют (репрезентируют) свой индивидуальный опыт. Доступные нам сенсорные системы, используемые для этого, называются *репрезентативными системами*.

152

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

Мы воспринимаем и репрезентируем мир во всех сенсорных системах: все они у нас функционируют непрерывно. Но поскольку большая часть сенсорного опыта по множеству причин является избыточной или ненужной, человек предпочитает сфокусироваться на той системе, которая доставляет информацию, наиболее соответствующую его опыту. Мы располагаем языковой системой, с помощью которой можем представлять наш опыт, можем его хранить непосредственно в системе, в тесной связи с определенным сенсорным каналом.

Человек, с которым вы встречаетесь, мыслит, по всей вероятности, в одной из трех основных систем. Он может внутри себя генерировать визуальные образы, испытывать кинестетические ощущения, говорить что-нибудь себе. Определить репрезентативную систему (РС) можно, обращая внимание на слова, обозначающие процессы (*предикаты*). В этом случае ваши уши должны быть постоянно открыты к тому, **КАК ГОВОРИТ ЧЕЛОВЕК** (а не что он говорит).

Вот примеры процессуальных слов:

- *Визуальные:* видеть, рисовать, яркий, ясный, смутный, мрачный, перспектива, вспышка, озарение, свет, тусклый, бледный.
- *Аудиальные:* слышать, звучать, крик, громкий, шумный, мелодичный, оглушительный, звонкий.
- *Кинестетические:* чувствовать, ощущать, трогать, держать, брать, схватить, теплый, мягкий, гладкий, удобный, пустота, грубый, тяжелый, сухой.
- *Запах — вкус:* пробовать (на вкус)» нюхать, ароматный, сладкий, кислый, горький, пресный, пряный.

При желании вы сами можете дополнить этот список. Разумеется, вы понимаете, что речь идет не о буквальном словоупотреблении. Всякий скажет о лимоне «кислый», вне зависимости от репрезентативной системы. Речь идет о переносном, метафорическом употреб-

153

Основы клинической гипнотерапии

лении процессуальных слов и связанных с ними предпочтений. Вы можете сказать: «Что-то ты сегодня кислый», «Она просто сияла», «Я чувствую, у тебя хорошие новости», «Это звучит непонятно». Таким образом, в процессе описания различных областей своего опыта мы используем в коммуникации предикаты, принадлежащие к различным системам репрезентации.

В процессе анализа репрезентативных систем вас могут сбить с толку слова: *верить, думать, знать, понимать, уважительный, доверчивый*; они являются неспецифическими по отношению к тому, как представляется или происходит процесс — в картинах, звуках, ощущениях и, следовательно, полезной информации не несут. И что же нужно сделать? Да ничего особенного. Задать

какой-нибудь вопрос типа: *А как именно вы узнали (подумали, поняли)?* И так до тех пор, пока собеседник не перейдет к конкретному сенсорному опыту.

Начиная изучать репрезентативные системы, многие чувствуют удивление и недоверие: неужели существуют стойкие паттерны опыта и постоянно функционируют в каждом из нас? Кроме того, возникает легкая растерянность, в связи с задачей распознавания этих паттернов у других людей.

Упражнение 10 поможет вам потренироваться в определении репрезентативных систем.

Упражнение 10. Ежедневно уделяйте некоторое время тому, чтобы слушать свою и чужую речь, игнорируя содержание, а обращайтесь внимание только на процессуальные слова, специфические для сенсорного опыта. На первых порах это будет требовать некоторого сосредоточения, но вскоре необходимость в этом отпадет, и вы научитесь автоматически распознавать паттерны репрезентативных систем.

Трудности облегчает то, что при отборе используемых людьми предикатов паттерны систем репрезентации оказываются весьма очевидными. Некоторые люди

154

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

буквально *видят* то, что вы говорите, другие *слышат*, третьи *ощущают*.

Рассмотрим пример из ситуации психологического консультирования.

Супружеская пара, ситуация развода.

Прекрасная половина говорит: «Все это не очень убедительно звучит... Что-то *говорит* мне, что нет смысла продолжать нам жить вместе. Мне много чего уже пришлось *выслушать* на этот счет, родственники *шум* подняли... В общем, я даже не знаю, что *сказать*».

Супруг же настроен следующим образом: «А я *чувствую*, что еще не все потеряно... Конечно, наши отношения порядком *порасшатались*, но мы могли бы их *укрепить*, построить как-то иначе. Я думаю, что надо поработать над этим, и тогда все *сгладится*».

Если вы отреагируете на подобный диалог только в плане содержания, вряд ли вам удастся поработать над этим плодотворно. Вы станете выяснять, кто же прав; заинтересуетесь ролью родственников; станете на чью-то сторону; будете продуцировать собственные интерпретации, высказывать суждения.

Ваши пациенты (друзья, собеседники, деловые партнеры) не понимают друг друга, так как у них недоразумение по поводу *реальности*. Вам же, как профессиональному коммуникатору необходимо заняться процессом, а не реальностью, обращая внимание на процессуальные слова. Эти люди говорят о разных аспектах одного и того же опыта. Он говорит о том, что чувствует, она употребляет аудиальные термины. Его слова имеют отношение к конструированию внутренних ощущений, ее слова предполагают наличие некоего внутреннего голоса. И в то же время они оба описывают ^ввнутреннее переживание относительно состояния их брака. Каждый осознает и говорит об ином аспекте пе-

155

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

реживаний, чем партнер: она об аудиальном, он — о кинестетическом. Они по-разному организуют и выражают свое восприятие. Эта разница значима: она и создает непонимание при коммуникации.

Таким образом, каждое специфическое процессуальное слово — визуальное, аудиальное, кинестетическое, вкусовое — указывает, что внутренний опыт говорящего представлен в этой сенсорной системе. У обычного человека задействованы все системы и, строго говоря, не существует визуалов, аудиалов и т.д. В то же время люди действуют в какой-то системе, в которой сознательно представлена большая часть опыта. Те из вас, кто способен представить себе ясную, отчетливую картину, обладают богатой, развитой

визуальной системой репрезентации. Те, кто может создать сильное ощущение напряжения мышц, температуры или фактуры материала, обладают тонко развитой кинестетической репрезентативной системой, и т.д. В большинстве случаев можно заметить, что люди используют слова одной и той же системы репрезентации (отдают предпочтение) в ходе описания основной части своего опыта. Привычное использование определенной категории сенсорно-специфических слов, преимущественно перед другими, указывает на *первичную репрезентативную систему*.

Таким образом, первичная репрезентативная система — это внутренняя сенсорная система, которая более других развита и используется чаще и полнее; это то, что уже введено в сознание и обозначено определенными словами.

При сборе информации обращайтесь внимание на слова-предикаты, которые употребляет в речи пациент, и применяйте их в своей коммуникации. Это создает эффект принятия и понимания на бессознательном уровне. Если вы желаете установить эффективный контакт,

156

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

то вы употребляете слова, которые отражают первичную репрезентативную систему пациента; если вам необходимо прервать контакт, то вы можете начать использовать слова из другой модальности.

8.5. НЕВЕРБАЛЬНЫЕ КАНАЛЫ ИНФОРМАЦИИ

До сих пор мы рассматривали вербальные каналы получения информации. Невербальные реакции составляют колоссальный пласт информации для вас. Поэтому, помимо того, что клиента необходимо слушать, следует тщательно смотреть за его поведением. Работая с пациентами, бывает, что вы уже с первого взгляда знаете, как будет происходить дальше процесс коммуникации: будет ли общение плодотворным и интересным или, наоборот, сложным. Вопрос: как вы узнаете о своих догадках?

Наблюдая за поведением пациента, вслушиваясь в тон его голоса мы можем получить массу ценной информации относительно настоящего состояния пациента (тон голоса, мышечные реакции лица и тела и др.). Но не пытайтесь, так сказать, заниматься «чтением мыслей» — вы рискуете спроецировать на клиента собственный опыт. Важно описывать наблюдаемые вами реакции в терминах чувственного восприятия, а не интерпретировать их.

Описание типа: «Его руки вцепились в подлокотники кресла, суставы пальцев побелели, мышцы напряглись, дыхание задержалось, зрачки расширились» — это описание в терминах чувственного восприятия. А сказать «Он был испуган» — это интерпретация, т.е. то, что бы эти черты поведения значили для вас.

Упражнения 11, 12 помогут вам потренироваться в Наблюдении и описании невербального поведения.

157

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Упражнение 11 (проводится в тройках). Один участник вспоминает ситуацию, когда он испытывал сильный гнев, злость, и рассказывает об этом двум другим. Их задача — внимательно наблюдать за невербальными сигналами и дать их описание в терминах сенсорного восприятия. (Затем поменяться местами. В заключение выявить характерные невербальные проявления для ситуации гнева, злости.)

Упражнение 12 (проводится в тройках). Один участник вспоминает ситуацию, в которой он был максимально успешным («ситуацию успеха») и рассказывает об этом двум другим. Их задача — внимательно наблюдать за невербальными сигналами и дать их описание в терминах сенсорного восприятия. (Поменяться местами. Выявить характерные особенности невербальных проявлений успеха.)

После выполнения упражнений сравните невербальные проявления гнева и ситуации успеха. В чем различия?

Если внимательно наблюдать за собеседником, то вы легко заметите, что после любого вашего утверждения или вопроса собеседник дает вам невербальный ответ, независимо от того, осознает он это или нет. Имея возможность наблюдать за ним, вы всегда получите невербальный ответ раньше, чем он будет дан словами. Когда ваш клиент находится у вас в кабинете, излагая сущность своей проблемы, он говорит о своем внутреннем опыте. Чтобы рассказать о нем, необходимо получить к нему доступ.

8.5.1. Ключи доступа: движения глаз

Доступом называется процесс получения внутренней информации — картин, звуков, слов, ощущений, составляющих воспоминания, фантазии, и др. Ключа-158

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

ми доступа называется специфическое невербальное поведение, указывающее на способ, посредством которого получают информацию. Ключи доступа это и есть движения глаз; считается, что ключи доступа дают наиболее значимую информацию о невербальной коммуникации.

В процессе изучения человеческого поведения было выяснено, что «сканирующие» паттерны глазодвигательных реакций определенно связаны с внутренними процессами, необходимыми для актуализации в сознании информации о прошлых событиях или конструировании будущего опыта. Обратите внимание на рис. 6

Когда вы наблюдаете за клиентом и обнаруживаете глазодвигательные паттерны, то можете быть уверены, что человек получает внутренний доступ к соответствующей репрезентативной системе.

Движения глаз:

- влево вверх — эйдетические воспоминания (ЭВ);
- влево вбок — аудиальные воспоминания (АВ);
- влево вниз («телефонная поза») — внутренние диалоги (ВД);
- вправо вверх — визуальная конструкция (ВК);
- вправо вбок — аудиальная конструкция (АК);
- вправо вниз — кинестетические ощущения (КО).

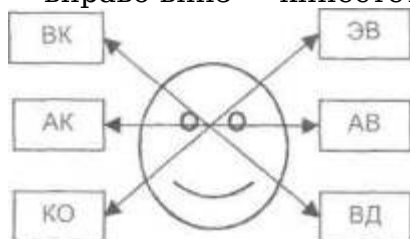


Рис. 6. Глазодвигательные паттерны 159

Основы клинической гипнотерапии

Паттерны глазодвигательных реакций взяты не с потолка и имеют вполне разумное нейрофизиологическое обоснование. Например, взгляд влево вверх — эйдетические воспоминания. Нейронные пути, идущие от левой стороны обоих глаз (левых визуальных полей), представлены в правом полушарии мозга (недоминирующее полушарие). Движение глаз влево вверх стимулирует это полушарие, и человек получает доступ к визуальной информации. Движение глаз вправо вверх стимулирует левое полушарие и дает сконструированные образы, т.е. образы того, чего человек ранее не видел. Все это справедливо для большинства людей. Проверить это очень легко с помощью простых вопросов и наблюдения.

Вопросы для эйдетических визуальных воспоминаний:

- Какого цвета глаза у вашей матери?
- Какого цвета верхний глазок светофора?
- Какого цвета на вас были туфли на выпускном бале?

Вопросы для аудиальных воспоминаний:

- Какую музыку вы слушали в прошлые выходные?
- Как звучит голос вашего отца (ребенка, мужа)?
- Как хлопает входная дверь вашего дома?
- Как звучал голос Брежнева?

Вопросы для визуальной конструкции:

- Как бы вы выглядели в противогазе?
- Как бы вы выглядели, если бы были с зелеными волосами?

- Как бы вы выглядели в военной одежде?

Вопросы для кинестетических ощущений:

- Какая на ощупь шерсть у вашего кота?
- Как вы чувствовали себя сегодня утром?

160

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

Вопросы для аудиальной конструкции:

- Как бы звучал ваш голос, если бы вы пели в глубокой пещере?
- Как бы звучал ваш голос, если бы вы пели Интернационал?

Вопросы для внутренних диалогов:

- Как организовать охоту на тигра, если нет огнестрельного оружия?
- Как выжить на необитаемом острове?

Следует отметить два важных момента:

1. Бывают ситуации, когда речь (вопрос) идет об эйдетических образах, а человек смотрит вверх направо. Из этого нельзя сделать вывод, что он левша или что его сигналы инвертированы. Единственный вывод — это то, что он посмотрел направо вверх. Возможно, человек конструирует картины прошлого. Тогда образы не будут иметь цвета, деталей, контекстуальных признаков.

2. Существуют еще амбидекстры. У них глазодвигательные паттерны будут несколько другими.

У вас могут встретиться ситуации, когда глазодвигательные паттерны будут иные. Но в любом случае они будут носить систематический характер. Не поддавайтесь растерянности, даже если ваш клиент «нахально» отмечает усвоенные вами закономерности {он-то, в отличие от вас, не обязан их знать} и смотрит, например, вверх при кинестетических ощущениях. **ВАЖНО, ЧТОБЫ В ВАШЕМ СЕНСОРНОМ ОПЫТЕ ОТРАЗИЛОСЬ, ЧТО ОН ДЕЛАЕТ.**

8.5.2. ВЕДУЩАЯ И РЕФЕРЕНТНАЯ СИСТЕМЫ

Введению информации в сознание предшествует крайне важная операция — поиск информации. Кроме

6. В. А. Руженков

161

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

того, человеку приходится оценивать полученную информацию с точки зрения ее истинности.

Систему, используемую для поиска определенной информации, называют *ведущей репрезентативной системой*. На нее указывает первое движение глаз после заданного вопроса.

Систему, с помощью которой вы решаете, истинна или ложна известная вам информация, называют *рефе-рентной репрезентативной системой*. На нее указывает второе движение глаз после заданного вопроса.

Стереотипы глазодвигательных реакций укажут вам на всю последовательность внутреннего опыта, на всю стратегию оценивания.

Задавая человеку вопросы, например: Как вас зовут? — и наблюдая за последовательностью глазодвигательных паттернов, можно определить:

- *Ведущую* систему — т.е. систему поиска информации (первое движение глаз).
- *Референтную* систему — проверка достоверности информации (второе движение глаз).

Потренироваться в определении ведущей и референтной системы позволит *упражнение 13*.

Упражнение 13 (на определение ведущей и референтной РС).

Разделитесь на пары: А — терапевт, Б — пациент. Задавайте вашему напарнику вопросы и наблюдайте за глазодвигательными паттернами, определяя ведущую и референтную РС. Вопросы могут быть следующими:

- *Сколько дверей в вашей квартире?*
- *Сколько ручек на дверях вашей квартиры?*
- *Сколько окон в вашей квартире?*

Обращая внимание на особенности речи клиента и ключи доступа, вы можете обнаружить, что, например, клиент получает доступ визуально, а говорит о чувствах. Это указывает на несовпадение первичной и

162

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

ведущей РС: в опыте доступ к информации осуществляется в одной системе, а в сознание поступает информация в другой модальности. Для вас очень важно знать, находится ли ведущая система в пределах осознания или нет. Эта информация может указать наилучший способ развития терапевтического процесса и основу для суждения о терапевтическом успехе.

Итак, мы с вами рассмотрели структуру, состоящую из ведущей, первичной и референтной РС. Вы знаете, что должны выявить их у ваших клиентов при помощи изучения вербальных и невербальных источников информации. Говоря о последних, мы в основном разобрали ключи доступа — движения глаз. Движения глаз — самый легкий источник информации о РС.

При работе с клиентами, задавая вопрос, ответ на который требует оценки моторной программы, вам необходимо наблюдать за теми частями тела клиента, которые должны быть использованы для этой оценки. Например, вы спрашиваете спортсмена — прыгуна с шестом: «Какая нога у вас толчковая?» — и наблюдаете за движением ног; по микродвижению ноги вы всегда успеете заметить раньше, какая нога толчковая, чем он успеет вам ответить.

Чтобы убедиться, какая модель поведения используется клиентом, целесообразно потренироваться, выполнив *упражнение 14* (минимум 5—7 раз с разными партнерами).

Упражнение 14.

Попросите партнера вспомнить:

- визуальное (запомнившийся закат, красивый вид и т.п.);
- аудиальное (понравившийся концерт, чей-либо голос);
- кинестетическое (приятную теплую ванну, массаж). Попросите партнера описать каждое из воспоминаний, используя соответствующие (визуальные, аудиальные и кинестетические) предикаты.

163

Основы клинической гипнотерапии

Слушая рассказ, обращайтесь внимание на использование соответствующих предикатов и движение глаз партнера; отметьте, имеются ли различия от предложенных выше моделей.

а) Внимательно следите за изменением дыхания, цвета кожи и мышечного тонуса во время каждого рассказа.

б) Отвернувшись от партнера и закрыв глаза прислушайтесь к темпу речи и тональности каждого из воспоминаний.

в) Встаньте позади партнера и положите свои руки на его плечи для

определения разности напряжения мышц при воспоминаниях.

Таким образом, мы выяснили:

- во-первых, человек мыслит только при помощи внутренних образов;
- во-вторых, образ, который используется в данный момент человеком, отражается в его речи и движениях его глаз;
- в-третьих, мы можем это использовать. Другая особенность состоит в том, что у каждого

человека есть привычная система образов, например, одни люди чаще создают зрительные образы, другие — слуховые, третьи — телесные, или, иначе, кинестетические. Вот эта особенность для нас очень важна. Мы можем присоединиться к ведущим, иначе можно сказать, к привычным образам человека и создать необходимый нам раппорт для проведения внушения.

Психологическое присоединение, по существу, и есть искусство эриксоновского гипноза. Первое, что нужно сделать для психологического присоединения — это определить первичную и ведущую систему человека. Это делается путем наблюдения за тем, какое первое движение глаз совершает ваш собеседник (ведущая система), а также внимательно слушая глаголы, которые он

164

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

употребляя в речи (первичная система). Глаголы могут быть неспецифическими, например: я знаю...; я подумал...; или специфическими: и тут я сказал себе... после этого я почувствовал...; с моей точки зрения это выглядит как...

Вывод, который имеет для нас практическую ценность, заключается в следующем: если мы хотим, чтобы сказанное нами было воспринято другим человеком, мы должны говорить на его языке. Итак, мы должны говорить на языке собеседника, т. е. если он чаще создает зрительные образы, то мы вне зависимости от того, насколько это удобно нам лично, должны использовать в своей речи такие слова, как:

- давай посмотрим на это иначе...
- прекрасные перспективы...
- покажи, что из этого получится...
- не упускай из вида...
- и т. д.

То же самое относится к тому, кто больше ориентирован на слуховые образы, с ним нужно разговаривать с помощью таких фраз, как:

- послушай...
- это звучит заманчиво...
- давай обговорим все детали...
- это созвучно нашим идеям...

С человеком, ориентированным на телесные ощущения, нужно использовать другие слова, например:

- прочувствуйте это...
- держитесь этой линии...
- нужно рассортировать факты...
- пройтись по...
- охватить целиком...
- коснуться этого...

165

Основы клинической гипнотерапии

8.5.3. ВНУТРЕННИЕ СТРАТЕГИИ

Не существует человека, который бы пользовался одной модальностью на все случаи жизни. Мы только предпочитаем одну модальность, а пользуемся всеми тремя, причем делаем это в какой-то последовательности для окончательного принятия решения. *Эта последовательность, индивидуальная*

для каждой группы задач, которые мы решаем, называется «внутренней стратегией». Так, например, когда я пишу это пособие, то каждая фраза вначале отсылает меня в аудиальную модальность: я вспоминаю, что говорил на лекциях и семинарах, о чем меня спрашивали студенты. После этого я перехожу в зрительную модальность, представляя себе, как будет выглядеть на бумаге напечатанная фраза. И затем я обращаюсь к кинестетической модальности, пытаюсь почувствовать, будет ли текст интересным и понятным. Если не использовать названия модальностей, то мою стратегию можно описать так: «слышу-вижу-чувствую». Эта стратегия будет работать у меня при написании любого текста — письма, статьи и т.п. В другой ситуации, скажем, при покупке одежды, я буду пользоваться другой стратегией: «вижу-чувствую-говорю» (вижу хороший костюм, чувствую, что он мне подходит, говорю себе, что имеет смысл примерить его). Аналогичным способом человек представляет и свои проблемы.

Для простых задач стратегия тоже может быть простой, включающей в себя не три, а две модальности: «вижу-чувствую», «слышу-чувствую».

Практическую ценность имеет стратегия принятия решений вашим пациентом. Навык использования внутренней стратегии пациента является более сложным по сравнению с предыдущими. „

166

ГЛАВА 8. СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)

Использование внутренней стратегии пациента сводится к организации собственного сообщения таким способом, чтобы в этом сообщении слова-предикаты чередовались так же, как чередуются соответствующие модальности в стратегии партнера.

Таким образом, для создания эффективного раппорта вы в первую очередь согласуете свое поведение с поведением вашего пациента, применяя навыки подстройки к позе и движениям. Вы можете улучшить раппорт, применяя навыки присоединения к неосознаваемым партнером физиологическим функциям — например, к дыханию. Вы можете сделать это напрямую, согласовав свою физиологическую функцию с аналогичной функцией партнера; или непрямым путем — согласовав с какой-то физиологической функцией партнера другую свою функцию (речь, движения и т. д.).

Чтобы сохранить раппорт при словесном общении, вы используете сведения о ведущей модальности пациента, полученные при наблюдении за движением его глазных яблок и при анализе слов-предикатов из его речи. Свои решающие аргументы вы обязательно переводите на язык ведущей модальности пациента. Ваше сообщение влияет на пациента еще эффективнее, если при его построении вы способны использовать его внутреннюю стратегию, которую он применяет при работе с данной группой проблем.

После подстройки вы можете управлять пациентом, вести его в нужном вам направлении, постепенно меняя его поведение и физиологические функции посредством изменений своего поведения.

167

ГЛАВА 9

МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Все технические приемы наведения трансовых состояний в эриксоновской гипнотерапии можно разделить на четыре группы:

1. Ассоциативные стратегии погружения в транс.
2. Депотенциализация сознательных процессов — стратегии замешательства (перегрузка, дезориентация в пространстве, дезориентация во времени, разрыв шаблонов).
3. Сочетание ассоциативных и диссоциативных техник.

4. Использование ранее имевших место трансовых состояний.

9.1. АССОЦИАТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПОГРУЖЕНИЯ В ТРАНС

9.1.1. ТЕХНИКА НАВЕДЕНИЯ ТРАНСА «5-4-3-2-1»

Эту технику можно было бы назвать «согласие по инерции». Ранее эта техника (вернее, часть этой техники) была известна под названием «сократовский диалог». Она работает тем эффективнее, чем больше положительных ответов на вопросы вы собрали до того, как задать значимый для вас вопрос.

Одна из важных составляющих успеха при использовании этой техники состоит в том, что вы используете одинаковую интонацию для всех вопросов или ут-

168

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

верждений. Нельзя выделять голосом то, что вас интересует.

- Хороший следователь часто строит допрос так, чтобы сначала получить «порцию» положительных ответов от подозреваемого, усыпить его бдительность, подготовить к согласию, а потом «оглушить» решающим вопросом:

«Иванов? Иван Иванович? Вас задержали вчера? Живете по улице Иванова, 35? Хотите сознаться в ограблении?»

- Аналогичным способом поступают американские продавцы автомобилей: «Сегодня прекрасный день. Тебе очень идет эта рубашка. Ты известный бизнесмен. Ты хочешь купить этот автомобиль!»

Все вышесказанное имеет прямое отношение к гипнозу. Если вы хотите «усыпить» бдительность вашего клиента, то сначала дайте ему возможность посоглашаться с чем-либо. Просто комментируйте то, что сейчас есть, а затем внушайте то, чего пока нет {упражнение 15}.

Упражнение 15 (выполняется в парах). А — играет роль клиента, Б — терапевта. Вам предстоит пройти 5 этапов, описывая, с целью наведения транса, то, что в данный момент является реальностью во внешнем мире (и с чем ваш клиент согласится), затем то, что должно быть во внутреннем мире клиента (то, чего он не может проверить и будет соглашаться по инерции).

Общая схема наведения транса такая: вначале вы много говорите о внешнем мире, а на последнем этапе — о внутреннем.

Этап 1. Дайте клиенту 4 утверждения о том, что он сейчас видит, и добавьте 5-е утверждение внушающего характера. Затем добавьте 4 утверждения о том, что он слышит, и сделайте еще 1 внушение. Потом — 4 утверждения о том, что он ощущает, и внушение.

169

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Этап 2. Соответственно по 3 утверждения и 2 внушения.

Этап 3. 2 утверждения и 3 внушения.

Этап 4. 1 утверждение и 4 внушения.

Этап 5. 5 внушений.

По мере того как вы будете продвигаться от этапа к этапу, обращайтесь внимание клиента на то, что он в принципе способен воспринять, но обычно не воспринимает сознательно (тиканье часов, легкие шорохи и т.п.). Любой из вас способен почувствовать свое дыхание, движение грудной клетки вверх и вниз — но до тех пор, пока вам об этом не сообщат, вы не осознаете такие вещи.

Свои внушения вы можете маскировать, используя выражения типа: «вы видите внутренним зрением», «вы слышите внутренним слухом».

9.1.2. ТЕХНИКА НАВЕДЕНИЯ ТРАНСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРЕННЕГО ОПЫТА КЛИЕНТА

Шаг 1. В первую очередь необходимо зафиксировать цель (транса): что хочет получить клиент? Содержание цели можно сказать терапевту, а можно и не

говорить (тогда сложнее и терапевту, и клиенту).

Шаг 2. Попросить клиента рассказать о приятном воспоминании (желательно — пейзаже), зафиксировать ключевые слова, которые затем будут использоваться в ходе наведения транса.

Шаг 3. Сидеть рядом с клиентом на расстоянии под углом 45 градусов. Предложить клиенту принять максимально удобную позу, которую он желает. Нет никакой необходимости достигать чувства комфорта, так как для транса это не важно: транс не требует расслабления. Если же комфорт «придет», то вы можете его принять.

170

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Важно положение тела клиента — лучшее то, которое предполагает максимум свободы клиенту. Здесь важно учитывать личностные территории.

Клиента просят держать глаза открытыми в течение 2 минут, даже если очень хочется закрыть.

Шаг 4. Клиенту предлагают погрузиться в воспоминаемый пейзаж. Углубляют транс при помощи ключевых слов, данных клиентом. Всю остальную формулу наведения транса говорить максимально неопределенно. Когда клиент полностью погрузится в свои воспоминания, установить сигналинг «ДА» — «НЕТ». «Когда вы будете полностью там, то дайте мне знать об этом; пусть ваше подсознание поднимет указательный палец левой руки — это означает «ДА» (или напрягите голосовые мышцы и скажите мне об этом словами)».

Шаг 5. Клиента просят выбрать цвет из всех цветов, которые предлагает природа. Вспомнить этот цвет, который может быть полезным для него. Вспомнить либо выбрать шумы или музыку, которые сопровождают этот цвет.

Шаг 6. Вспомнить второе воспоминание, которое связано с этим цветом.

Шаг 7. Вспомнить период детства, который был связан с этим цветом.

Шаг 8. Перед окончанием сеанса сказать клиенту, что он проснется, когда приблизится к цели (или достигнет цели), которую зафиксировал в начале сеанса. Затем предлагают выйти из транса в своем ритме (для тех, кто умеет это делать). Важно в период выхода из транса находиться рядом с клиентом. Можно давать минимальные указания: «Располагайте временем... сделайте вдох... откройте глаза».

171

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

9.1.3. АНАЛОГОВОЕ МАРКИРОВАНИЕ

При работе со «сложными», сопротивляющимися клиентами для наведения трансовых состояний часто используется техника якорения, носящая название *аналоговое маркирование*. Сущность его заключается в том, что формула наведения трансового состояния внешне ничем не похожа на обычные гипнотические техники, а ключевые слова (суггестивные) выделяются интонацией, жестом, поворотом головы и т.п. Это позволяет давать инструкции непосредственно бессознательному клиенту, обходя таким образом сознание (и, естественно, сопротивление).

Формулу наведения транса можно построить в виде рассказа клиенту о другом клиенте, который сидел здесь так же, как и вы, и не *мог расслабиться*. По мере течения времени, когда он слушал голос терапевта, его сознание могло *фиксировать внимание* на том, что говорил терапевт, в то же время его бессознательное хотело *легко научиться войти в транс*. Вскоре бессознательное дало команду *закрыть глаза* и его *веки начали дрожать и слипаться*. Выделенные курсивом слова можно маркировать тоном голоса и (или) жестом.

При помощи аналогового маркирования мы можем выделять так называемые встроенные команды. «Не *закрывайте глаза* и не *расслабляйтесь* до того момента, когда ваш подсознательный разум не вспомнит момент из вашего прошлого, когда *вы были совершенно спокойны и чувствовали себя удобно и*

комфортно».

Выделение, подчеркивание сообщения не является чем-то сверхъестественным. Это — обычный, «бытовой» навык. Когда вы хотите, чтобы собеседник с особым вниманием отнесся к тому, что вы сейчас говорите, как вы поступаете? Вы можете говорить громче;

172

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

можете сделать паузу, чтобы обозначить важность сказанного...

То есть мы сейчас выделили главные способы подчеркнуть какое-то сообщение:

- во-первых, можно изменить характеристики своей речи (громкость, интонация, пауза);
- во-вторых, можно обозначить свое высказывание жестом;
- в-третьих, можно это сделать прикосновением.

И могут быть, конечно, какие-то смешанные способы... Ну, например, если вы наклоняетесь к партнеру при беседе с ним, то это меняет характеристики речи и одновременно является жестом. То же самое происходит, когда вы при беседе поворачиваете голову вправо или влево — для вашего партнера это и жест, и изменение речи (на близком расстоянии изменение положения источника речи легко воспринимается). Давайте попробуем свести в таблицу возможные способы выделить или подчеркнуть сообщение.

Способы выделения сообщений

А. Речевые (аудиальные) способы:

- изменение громкости речи (громче — тише);
- изменение темпа речи (быстрее — медленнее, паузы);
- изменение интонации (повышающаяся — понижающаяся);
- сопутствующие речи звуки (хлопок в ладоши, пощелкивание пальцами, постукивание по столу);
- изменение локализации источника звука (справа — слева, спереди — сзади);
- изменение тембра голоса (жесткий, «металлический» — мягкий, «вкрадчивый»).

173

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

В. Визуальные способы (жестикуляция, мимика, пантомимика):

- изменение положения тела (наклон, поворот);
- жестикуляция руками, пальцами рук;
- характерная последовательность жестов (пантомимика);
- изменение мимики.

С. Кинестетические способы:

- простое прикосновение;
- поглаживание;
- похлопывание по плечу, по спине;
- пожатие руки.

Д. Смешанные способы:

- изменение дистанции до собеседника (приближение — удаление, наклон тела к собеседнику — от собеседника);
- речь, совмещенная с поворотом головы;
- движения, совмещенные со звуками (демонстративное постукивание пальцами по столу, пощелкивание пальцами при жестикуляции).

•k-k-k

Как это используется в работе? Скажем, если я работаю с больным истерическим параличом, то в классическом гипнозе я прямо ему заявлю: «Спать! А теперь вы можете почувствовать силу в ногах! Почувствуйте, как ноги наполняются силой! Встаньте! Идите!»

В технике рассеивания то же самое сообщение я сведу к фразе «почувствуйте

силу в ногах» и буду рассказывать пациенту какую-то историю (неважно, какую — хоть передовицу из газеты прочитаю), в которой буду выделять известными вам теперь способами

174

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

три слова, составляющие инструкцию — «чувствовать, сила, ноги». То есть каждый раз, когда в тексте истории встретятся слова «чувствовать, сила, ноги», я буду менять громкость и интонацию речи, изображая какой-то жест. Знаете, это похоже на одну детскую систему шифровки: в целом сообщении выбирают каждое четвертое слово, и выбранные таким способом слова образуют отдельное скрытое сообщение.

9.1.4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ КОМАНД ДЛЯ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСА

Нередко приходится наблюдать следующую картину: маленький ребенок играет, бежит и мать ему громко кричит — «Осторожно, не упади». И в тот же момент ребенок падает. Что произошло? Дело в том, что наш подсознательный разум не воспринимает частицу «не» и в результате поступает директивная команда: «*ynadul*», что ребенок и делает.

Проведите следующий эксперимент: постарайтесь в течение 5 минут «*не думать о черной кошке*». Что происходит? Вы думаете о черной кошке, как о ней не думать.

При наведении трансовых состояний вы можете говорить клиенту примерно следующее. Вы можете сидеть на стуле и не расслабляться, ваши глаза не закроются до того момента, когда ваше подсознание не вспомнит, как иногда вы не можете не расслабиться. Особенно эффективна эта техника с клиентами, которые дают прямо противоположные реакции («полярные реакции»). Эти клиенты выполняют инструкции с точностью до наоборот.

Полезно в этом контексте использовать приставные вопросы-отрицания. «Пока вы сидите и слушаете мой голос, вы можете расслабиться... не так ли?»

175

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

9.1.5. РЫЧАЖНЫЕ ИНДУКЦИИ. ТЕХНИКА «СНОВИДЯЩАЯ РУКА»

При выполнении рычажных техник наведения транса вы используете так называемые «двойные связи», заключающиеся в том, что, вызвав сознательно у клиента какую-либо реакцию (положение тела), вы увязываете возвращение ее в исходное положение только тогда, когда он войдет в транс.

В рычаге вы своими маневрами порождаете некое необычное поведение, а затем присоединяете к этому поведению реакцию, которую вы хотите получить в качестве способа, каким человек может выйти из рычажного положения.

Наиболее приемлема для работы с детьми. Вы предлагаете клиенту вспомнить свой любимый фильм и наблюдаете за глазодвигательными паттернами. Если его глаза идут вправо вверх — вы поднимаете правую руку, если влево вверх — левую. Затем предлагаете вспом-



Фото. 6. Начало техники «Сновидящая рука» 176

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ



Фото. 7. Продолжение техники «Сновидящая рука»



Фото. 8. Каталепсия руки 177

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

нить первую сцену и буквально увидеть ее на ладони (фото 6, 7). Рука легко станет каталептична, так как она управляется тем самым полушарием, которое клиент использует для обработки информации в ответ на ваш вопрос (фото 8).

Получив каталепсию руки, вы просто говорите: «Хорошо. А теперь закрой глаза и просмотри всю сцену. И пусть твоя рука опускается лишь с той скоростью, с которой ты смотришь кино».

9.2. НАВЕДЕНИЕ ТРАНСА ПОСРЕДСТВОМ СОЗДАНИЯ ЗАМЕШАТЕЛЬСТВА

9.2.1. ТЕХНИКИ ПЕРЕГРУЗКИ

Техника перегрузки относится к методам быстрого наведения трансовых состояний и связана с особенностями восприятия человеком информации:

- Каждый человек имеет свою определенную скорость восприятия информации; превышение этой скорости не позволяет сознанию усваивать поступающую информацию.
- Человек может сознательно удерживать в сознании только определенный объем информации. Все, что превышает этот объем, также не обрабатывается сознанием.

Таким образом можно перегрузить сознание и выйти на «контакт» с бессознательным. Это носит название — *информационная перегрузка сознания*.

Известно, что если скорость обработки информации сугубо индивидуальна, то объем кратковременной памяти в среднем составляет 7+2 единицы информации. Число 7 поэтому является в некотором смысле магическим:

178

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

- Радуга имеет 7 цветов.
- В некоторых религиозных верованиях существует 7 небесных сфер.
- Библия гласит: «Проклятия родителей ложатся на 7 поколений».
- Поговорки: «Семь раз отмерь, — один раз отрежь», «Семеро одного не ждут», «У семи нянек дитя без глазу» и др.

Техника информационной перегрузки имеет множество вариантов.

9.2.1.1. Техника информационной перегрузки

Технику информационной перегрузки можно замаскировать под психологическое исследование. Так, например, клиенту можно предложить тест на внимание — проверку достоверности того, что говорит терапевт.

Клиенту предлагают закрыть глаза и положить руки на стол. Затем следует инструкция: «Сейчас я буду прикасаться к пальцам вашей правой руки и называть их при этом, а вы проверяйте, правильно ли я их называю». Затем прикасаясь к пальцам, можно использовать формулу 5-4-3-2-1 в назывании пальцев и ускорить темп. При ускорении темпа можно вставить прямую инструкцию: «И когда вы почувствуете усталость, то можете просто отключиться от всего, что вы слышите и чувствуете».

9.2.1.2. Техника информационной перегрузки под видом психологического исследования

Можно предложить клиенту другой вид психологического исследования (под маской проверки его памяти и внимания): от 1000 отнимать в обратном порядке по 17 и каждую вторую цифру окрашивать в зеленый цвет,

179

Основы клинической гипнотерапии

а четвертую — в красный. Одновременно с этим можно легко покачивать стоящего клиента, дотрагиваясь до разных участков его тела. После того как вы заметите у клиента усталость, можно дать прямую инструкцию войти в трансовое состояние.

9.2.1.3. Двойное наведение транса

Сущность его заключается в том, чтобы быстро перегрузить партнера информацией. С этой целью к нему подходят два человека с двух сторон и одновременно с ним говорят (один в правое ухо, другой — в левое). Для тренировки этой техники выполняется *упражнение 16*.

Упражнение 16. Пусть А будет клиентом, Б и В подходят к нему справа и слева и, соблюдая технику подстройки к дыханию, одновременно говорят разные простые формулы для наведения транса («ты становишься спокойнее, ты можешь оставаться расслабленным, тебе приятна эта поза, теперь ты

можешь закрыть глаза и т.п.»). Г подходит к А сзади и прикасается случайным образом к различным участкам его спины. Выполняя упражнение, важно научиться взаимодействовать в группе. После выполнения упражнения поменяйтесь ролями.

В свое время эта техника была популярна у карманных воров, которые работали в паре. Известно, что в этом случае им важно было заранее отработанное взаимодействие.

В следственных органах существуют так называемые перекрестные допросы, когда допрос ведут два-три следователя одновременно (не известно только, используют ли они естественные ритмы человека).

Вспомните педагогические советы, когда «трудного ребенка» со всех сторон окружают учителя и говорят ему, какой он плохой.

180

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Широко известен так называемый «цыганский гипноз», когда к человеку одновременно с двух сторон подходят две цыганки и говорят с ним одновременно. Как правило, они достигают своей цели — получить N-ную сумму денег.

Успех двойного наведения гарантируется тем, что вы перегружаете клиента по всем трем модальностям: вы нагружаете его зрение — он видит вас, вынужден следить за вашей жестикуляцией; вы перегружаете его слух; вы дезорганизуете его кинестетику с помощью прикосновений.

Можно сказать, что эту технику мы создали искусственно. Однако в реальной жизни существуют примеры, где эти техники используются достаточно широко и техника перегрузки весьма контекстуальна.

1. Какая-нибудь вечеринка с музыкой и танцами. Здесь также задействованы все три модальности человека.

2. Рок-концерт. Если вы понаблюдаете за подростками, находящимися на концерте любимой группы, которая очень громко шумит и ослепляет их ярким светом, то вы заметите, что их сознание явно изменено. Это можно использовать и явно уже кто-то использует. Например, словами песни «...твой приятель возле школы покупает героин», «...про подругу не забыв, покупаешь презерватив». Если первый пример явно деструктивный, то второй служит примером широкой профилактики венерических заболеваний и нежелательной беременности, а также стимулирует сексуальную активность.

9.2.2. ТЕХНИКА НАВЕДЕНИЯ ТРАНСА

Проводится посредством дезориентации в пространстве: «Мебиусов дом».

181

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Данная техника относится к созданию перегрузки сознания на основе пространственной дезориентации. Клиенту перед сеансом можно показать «ленту Мебиуса» и дать поработать с ней (*разрезать, чтобы понять сущность*). После этого психотерапевт объясняет клиенту, что лента Мебиуса, в сущности — двухмерна, а дом Мебиуса — трехмерный. Поэтому он расположен «между небом и землей», где все — направления, размер, цвета воспринимаются как приводящие к своей (взаимодополняющей) противоположности. Так, если вы идете по направлению к Мебиусову дому, то вы оказываетесь идущим от него; войдя в него, вы оказываетесь стоящим на потолке; белое оказывается черным, а черное — белым.

После того как вы уже погрузили клиента в легкий транс, технику «Мебиусов дом» можно использовать следующим образом. Вы можете сказать буквально следующее:

«И как приятно знать, что вы можете быть наедине со своим бессознательным... в безопасности..., и только слышать мой голос. И вы можете дать себе возможность удовлетворить свою потребность воспринимать свои внутренние, гипнотические реальности. И вы можете парить в полном

одиночестве между небом и землей... и ваше бессознательное знает, где находится это место... безопасное место... и вы можете продолжать свободно парить... свободно лететь...

И в этом месте, посередине между небом и землей, вы можете обнаружить Мебиусов дом. Некоторые люди знают, что есть лента Мебиуса — такая двухмерная лента, на которой «*внутри*» означает «*вне*», а «*вне*» означает «*внутри*»... и поэтому вы можете в полной безопасности и с удовольствием обнаружить, что Мебиусов дом — это трехмерная Мебиусова фигура, где *верх* — это *низ*, а *низ* — это *верх*, *правое* — это

182

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

левое и наоборот, а *запад* — это *восток*, а *север* — это *юг*... и даже диагонали Поменялись местами.

И поэтому, когда вы идете к Мебиусову дому, оказывается, что вы идете от него... и, может быть, *вы сознательно сдадитесь и перестанете пытаться*, я не знаю... но в результате вы оказываетесь не слева и не справа, а прямо посередине Мебиусова дома. И, стоя на потолке и глядя вверх на пол Мебиусова дома, вы начинаете замечать множество разнообразных вещей. Например, что когда вы смотрите на запад, вы можете видеть, как восходит солнце... а когда вы смотрите на восток — солнце заходит... И вы начинаете думать, что *правое* — это *левое*, и вы идете *налево*, чтобы идти *направо*, и оказывается что вы неправы..., что это неправильно!.. И вы пытаетесь идти правильно — *направо*, но оказывается, что вы снова идете *налево*, и это неправильно...

И покружившись так, вы начинаете понимать, что это не физические измерения, — это психологическая установка... этот Мебиусов дом, между небом и землей... и то, что здесь все наоборот, связано с вашими душевными переживаниями, а не с бесспорной реальностью. Другими словами, вы можете позволить всему тому, что находится по обе стороны забора, слиться воедино!.. И когда вы думаете, что *правое* — это *левое*, оно становится левым, а когда вы думаете, что *север* — это *юг*, *юг* становится севером, а *север* — севером. Но когда вы думаете, что если думать, что *правое* — это *левое*, тогда *левое* становится левым, но на самом деле от этого *левое* становится правым... (и т.д.).

9.2.3. ДЕЗОРИЕНТИРОВКА ВО ВРЕМЕНИ: ЭРИКСОНОВСКИЙ МЕТОД СОЗДАНИЯ ЗАМЕШАТЕЛЬСТВА

Этот прием был вначале разработан М. Эриксоном как прием возрастной регрессии. В главных своих чер-

183

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

тах он состоит в том, что внимание субъекта сосредотачивается с помощью беседы о каких-то нейтральных, повседневных действиях (например — еде), а затем постепенно выполняются различные маневры, создающие замешательство и вызывающие дезориентацию (быстрая смена точек отсчета времени, введение несуразностей, смена темпа речи и др.). Возникающее вследствие этого состояние неуверенности утилизируется в целях переориентации субъекта в иных пространственно-временных координатах, т.е. в прошлом или воображаемом будущем.

Этапы создания замешательства по эриксоновскому методу:

I этап — сосредоточение внимания

«...и как приятно знать, что, сидя здесь, вы можете осознать, что существует множество ощущений, которые доставляли вам удовольствие и которые вы много раз испытывали...»

II этап — упоминание какого-то повседневного события в настоящем времени

«...например, вы, вероятно, сегодня завтракали или обедали... Почти все это делают, хотя иногда и пропускают завтрак или обед...»

III этап — использование повседневного события для соединения настоящего с прошлым и будущим

«...и вы, возможно, ели сегодня что-то такое, что ели и раньше, может быть, на прошлой, или позапрошлой неделе... и, возможно, будете есть то же самое снова на следующей неделе или еще через неделю... И может быть, тот день на прошлой неделе, когда вы ели то, что ели сегодня, был тогда сегодняшним днем точно так же, как этот день сейчас, сегодняшний...»

Другими словами, то, что было тогда, возможно, как то, что есть сейчас... Может быть, это был понедельник, как сегодня, или вторник, не знаю... и может

184

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

быть, в будущем вы будете есть то же самое снова в понедельник или во вторник, но нельзя исключать и среду, пусть это даже и середина недели... *И что на самом деле означает быть серединой недели?* Я, по правде говоря, не знаю, но я знаю, что в начале недели воскресенье идет перед понедельником, а понедельник перед вторником, а вторник после воскресенья, *если не считать того, когда он за пять дней до него...*»

IV этап — постоянное приравнивание прошлого, настоящего и будущего

«...и это верно на этой неделе, было верно на прошлой неделе и будет верно на будущей неделе... Но эта неделя, прошлая неделя или будущая неделя — все это на самом деле не так уж важно... потому что понедельник наступает в тот же самый день недели на этой неделе, как и на прошлой неделе, и на будущей неделе... и воскресенье тоже, не говоря уж о вторнике... Так что у всех дней недели и всех недель месяца много общего...»

V этап — переход к месяцам

«...и с месяцами в году происходит то же самое... Сентябрь приходит перед октябрём и после августа, а август перед сентябрём... и в этом году, и в будущем году и в прошлом году...»

VI этап — постепенный переход к прошлому «...и возьмем теперь день Валентина в этом году,

где вы были тогда?.. Сегодня ведь на самом деле не день Валентина, верно? И вы можете это припомнить без труда... вы можете дать вашему бессознательному свободу заниматься всеми делами и погрузиться в глубокий транс... Ну и где мы с вами сейчас? Не надо говорить словами, просто представьте себе, и это будет то, что тогда было сейчас... Но зима текущего года сейчас позади, и все то, что тогда произошло, уже почти позабыто, помните? И теперь можно продолжить

185

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

дальше, как вы маялись в мае, и как дурачились первого апреля, и еще короткий марш — и вот уже март... 8 марта...

VII этап — получение доступа к определенному времени

«...и мы продолжаем двигаться назад, назад, назад... Далеко назад, до самых тех лет, которые теперь уже давно прошли и которые сейчас бесспорно становятся частью «сейчас»... то, что когда-то было давно прошедшим, теперь происходит сейчас...»

И вы можете наслаждаться тем, как легко вашему бессознательному припомнить давно прошедшие ощущения, приятные ощущения, которые вы так давно не вспоминали... потому что вы можете свободно плыть по течению в это далекое прошлое, в то давно прошедшее время, когда вы были ребенком, когда давным-давно испытывали приятное, радостное переживание... Хорошо... И времени у нас сколько угодно... и когда вы дадите себе снова

сполна испытать это переживание... ваше бессознательное сможет подать сигнал, позволив указательному пальцу вашей левой руки медленно подняться...»

9.2.4. ТЕХНИКА «НАСЛОЕНИЕ РЕАЛЬНОСТЕЙ»

Когда мы с вами уже ознакомились с рядом техник наведения трансовых состояний и наступил момент описания техники «Наслоение реальностей», мне вспомнился момент, когда я был на семинаре по эриксоновскому гипнозу у Жанна Беччио и мы сидели так же в тесном помещении полукругом, он нам рассказал историю, которая наиболее подходит для таких семинаров и которую он позаимствовал у Милтона Эриксона. У него был ученик, который вел дневник и записывал достаточно подробно свои сеансы гипноза. Он обнаружил, что кли-

186

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

енты лучше успокаивались, когда он спокойным, тихим голосом говорил им всякие вещи, приходящие ему в голову. При этом клиенты очень внимательно и с явным недоумением его слушали, их тела постепенно расслаблялись и... чем дольше он говорил, у них возникало желание расслабиться и закрыть глаза... потому что, только закрыв глаза, можно сконцентрировать свое внимание на голосе... услышать что-то важное...

Что здесь произошло? Я вставил одну историю в другую, а затем — в третью, пока не перегрузил вашу сознательную способность следить, какое утверждение к чему относится. Даже в искушенной группе людей, — как ваша, если бы я продолжал историю и вставлял внушения внутрь нее, вам было бы трудно узнать, на какую реальность я ссылаюсь: я говорю от своего имени, от имени Жанна Беччио, Милтона Эриксона или же его ученика. Пока ваше сознание пытается вычислить это, ваше подсознание будет реагировать.

Как использовать этот прием в ситуации, когда к вам приходит клиент? Вы можете использовать две техники:

- «психотерапевтическое зеркало» — когда вы после расспроса клиента и установления цели сеанса рассказываете ему о том, что недавно у вас был такой же клиент, с аналогичной проблемой и вы ее решали следующим образом...

- технику «наслоение реальностей» — вы делаете следующее. Привлекаете внимание клиента к существующей реальности («Посмотрите внимательно в окно на верхушки деревьев, которые качает ветер... /здесь можно привлечь внимание к цвету листьев, наименованию деревьев и т.п./, недавно у меня была пациентка Х и у нее была проблема /здесь вы в приблизительном варианте, усиливая проблемную ситуацию вымышленной Клиентки рассказываете вкратце ее содержание, тем

187

Основы клинической гипнотерапии

самым актуализируете проблему клиента, вызываете достаточную эмоциональную реакцию/... Так вот, когда она сидела здесь и смотрела на эти деревья я говорил ей... (далее следует трансовая индукция)... и когда у нее наступил глубокий сон, ей приснился сон...») (и далее во сне можно внушить в максимально неопределенных выражениях решение проблемы либо встроить процессуальные инструкции для проведения изменений).

9.2.5. ИНДУКЦИЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРЕРЫВАНИЯ ПАТТЕРНА

Демонстрация: Протянуть руку клиенту как бы для приветствия, и, в тот момент, когда он протянет свою руку, взять ее левой рукой и поднести ему ее близко к глазам, сказав следующее: «Посмотрите на свою руку. Не рассмотрите ли вы все цветовые различия и тени, возникающие на вашей руке? С интересом изучайте линии и складки. В то время как ваша рука начнет медленно опускаться... честными, бессознательными движениями... ваши глаза начнут ощущать тяжесть и закроются. И перед тем, как ваша рука

коснется моей, в вашей памяти всплывет интересное и важное для вас событие из прошлого...»

9.3. СОЧЕТАНИЕ АССОЦИАТИВНЫХ И ДИССОЦИАТИВНЫХ ТЕХНИК

9.3.1. «ОФИЦИАЛЬНОЕ НАВЕДЕНИЕ ТРАНСА»

К практическим психологам, а чаще всего к врачам-психотерапевтам, приходят клиенты и просят «полечить их гипнозом», так как они верят в гипноз, однако, обращались к различным «гипнотизерам» и те

188

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

не смогли с ними справиться. Для эффективного наведения трансового состояния, даже с сопротивляющимися ортодоксальному гипнозу клиентами, существует семишаговый шаблон Милтона Эриксона.

Шаг 1. Предложите клиенту принять удобную позу, (или придайте ему удобную для вас «открытую» позу).

Удобной для наведения транса считается такая поза клиента, когда он сидит, его ступни плотно стоят на полу, руки лежат на коленях (не перекрещены ноги и руки). Вы можете предложить клиенту занять эту позу, а можете придать ему ее сами. Второй вариант действует более сильно, так как, во-первых, вы дотрагиваетесь до его рук и ног — он доверяет вам, во-вторых на бессознательном уровне понимает, что что-то с руками и ногами будет происходить, в-третьих — когда вы придаете клиенту некую позу, он буквально «замирает», а вы уже знаете, что замирание — предвестник транса, чем можно воспользоваться уже с первого шага.

Шаг 2. Сконцентрируйте внимание клиента на каком-нибудь внешнем объекте.

Сконцентрируйте внимание клиента на каком-либо внешнем объекте (например, предложите ему внимательно следить за пальцами рук, что с ними будет происходить; обратите его внимание на какую-нибудь точку на стенке — как она будет восприниматься во времени и т.п.). Отвлекая сознательное внимание клиента, вы тем самым высвобождаете его подсознание для работы с вами.

Шаг 3. Организуйте свою речь так, чтобы разделить сознание и подсознание клиента.

Здесь вы еще больше «отсоединяете» сознание от подсознания клиента. Для этого вы используете свою речь: разговариваете буквально по-разному с сознанием и подсознанием. Например, обращаясь к сознанию — поворот налево (к партнеру) и громким голосом «ваше сознание четко слышит мой голос» в то время как «ваше

169

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

подсознание готовится перевести вас в новое состояние» — тихим голосом и с поворотом направо.

Шаг 4. Сообщите клиенту о тех признаках транса, которые вы у него наблюдаете (тем самым вы зафиксируете состояние транса и углубите).

Наблюдая за признаками транса: ваше дыхание стало редким и глубоким, мышцы лица расслабились, веки стали дрожать, тело расслаблено и т.п.

Шаг 5. Дайте клиенту установку на «ничегонеделание».

Этот шаг — отсутствие установки, или установка на ничегонеделание. Вы кратко сообщаете клиенту, что он ничего не должен делать... Это можно сказать примерно в таких выражениях: «Вам не нужно помогать мне, вы можете не слушать или слушать меня, можете не смотреть на меня или смотреть очень внимательно. Вы можете ни о чем не думать, или думать обо все сразу, обо всем о чем угодно, здесь вообще нет ничего, что нужно делать». Так вы создаете ситуацию неопределенного ожидания, помогающую лучше использовать транс. На уровне сознания это воспринимается так: «Если я не должен делать это, это и это, — то что же я должен делать».

Шаг 6. Используйте транс для достижения вашей цели (цели клиента — более правильно).

Шаг 7. Возвратите клиента из транса.

9.4. ДОСТИЖЕНИЕ ПРЕДЫДУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ТРАНСА (ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ ТРАНСОВ)

Самый простой способ навести транс — это не наводить его вообще, воспользовавшись тем трансом, который уже есть. Вы знаете о том, что у человека есть

190

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

потребность в трансе, что человек иногда погружается в транс естественно. И простое воспоминание о ситуации, вызвавшей когда-то транс, тоже приводит к трансу: поездка в автобусе, стояние в очереди, ожидание прима у кабинета, служба в церкви, поездка в машине в качестве пассажира и т.п.

Шофер тоже может погружаться в транс. Если за улем новичок, то он постоянно контролирует свои действия, ему нельзя отвлекаться. Но если человек водит машину давно, он это делает так же естественно и так же доверяя подсознанию, как если бы он шел пешком, а шофера машина — продолжение его тела, и он ее чувствует. Если в машине что-то скрипит, то у шофера появляется такое выражение лица, будто закричало внутри у него. Обратите внимание: шофер движется вместе с машиной; когда они подъезжают к светофору, где горит красный свет, машина останавливается — и не останавливается. Он замирает вместе с машиной (когда светофор вновь зеленый, многие продолжают стоять на месте как бы в растерянности) — этот транс можно использовать, предварительно подстроившись. Можно дать шепотом прямое внушение...

Достаточно глубокий транс могут вызвать воспоминания картин природы, особенно у тех людей, которые любят проводить там время. Вот, например, рыболов. Он часто находится в трансе: поза у него обычно удобная и относительно неизменная, тело неподвижно, взгляд фиксирован на поплавке. И главное — вода! «Она очень притягивает внимание, потому что любом водоеме... даже в совершенно безветренную погоду... по воде бегут мелкие волны... и через них хорошо видно дно... камешки или песчинки... Волны охотятся одна на другую, и в то же время неповторимы. Если светит солнце... то на воде играют яркие солнечные зайчики... Они очень утомляют зрение...

191

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

даже в тихий и спокойный день... И поэтому так хочется посидеть спокойно... и расслабленно... отдохнуть... организовать свой внутренний опыт... и продолжать учиться чему-то новому... используя те знания, которые ваш мозг получил в состоянии транса... и после выхода из транса почувствовать себя намного лучше... и увереннее».

9.5. ПЕРЕВОД ЕСТЕСТВЕННОГО СНА В ГИПНОТИЧЕСКИЙ

Многие начинающие гипнотизеры пробуют себя в переводе естественного сна в гипнотический. Это в известной степени проще, потому что сознание человека уже изменено, он уже не бодрствует, и ваша задача сводится только к тому, чтобы установить раппорт.

Для установления раппорта со спящим используются те же приемы подстройки, что и для бодрствования — за исключением позы и движений. Важно подстроиться к его дыханию. После этого проверьте, можете ли вы вести: медленно меняйте ритм своего дыхания (можете применить непрямую подстройку к дыханию, прикасаясь к спящему в такт его дыхательным движениям грудной клетки). Делайте проверку действительно медленно, мягко, осторожно — резкие перемены при хорошей подстройке могут разбудить вашего партнера. Если вы ведете, то начинайте шепотом или

негромким голосом говорить простые фразы: «Продолжай спать... Спи глубже... Ты будешь спать и слышать мой голос...» После этого делайте прямое внушение того, что требуется от спящего.

Детям с соответствующей проблемой говорят: «Ты проснешься и пойдешь в туалет, когда почувствуешь, что хочешь помочиться»). Можно сказать: «После про-
192

ГЛАВА 9. МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

буждения ты сделаешь вот что...» Такие внушения называются постгипнотическими, они тоже работают. Установив раппорт, вы можете разговаривать со спящим, но не ожидайте, что человек, находящийся в сильно измененном состоянии сознания, будет давать подробные ответы. Речь людей, погруженных в транс, очень лаконична, поэтому задавайте такие вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет». Если вы будете настаивать на развернутых ответах, он проснется.

7. В. А. Руженков

Ж

ГЛАВА 10

МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

10.1. ИНКОРПОРАЦИЯ И РАТИФИКАЦИЯ

В эриксоновском гипнозе существует два очень важных паттерна, которые следует применять для эффективного наведения трансового состояния — *инкорпорация и ратификация*.

Если во время сеанса у клиента происходит какое-то внутреннее событие, например возникает вегетативная реакция, оживление мимики, то в следующем высказывании вы должны *ратифицировать* это — буквально дать клиенту понять, что вы к нему внимательны и замечаете все, что с ним происходит. Ратификация осуществляется обычно словами: «так... хорошо!»

Если у вашего клиента вдруг потекла слеза, то вы можете сказать: «И пока ваша слеза стекает вниз по щеке, вы испытываете растущее чувство комфорта и спокойствия, зная, что вы полностью защищены».

Если происходит какое-то внешнее событие: громко хлопает дверь, рядом с кабинетом работает бульдозер), — то в следующем высказывании вы должны немедленно *инкорпорировать* это.

Если, к примеру, в кабинет с улицы доносится шум, то вы можете сказать буквально следующее: «И этот доносящийся с улицы шум напоминает вам о тишине... и он позволяет вам стать еще более спокойным... пока вы сидите здесь и слушаете мой голос».

194

ГЛАВА 10. МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Это позволяет поддерживать с клиентом раппорт и дает ему понимание того, что вы внимательны к тому, что он переживает.

10.2. ДИССОЦИАЦИЯ СОЗНАНИЯ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО

Цель этого упражнения — научиться строить сложные предложения, оказывающие на клиента определенное влияние (диссоциацию сознания и бессознательного).

Для удобства, или когда ваш клиент не знает, что такое «сознание» и «бессознательное», можно использовать следующие синонимы:

«На переднем плане сознания» — «На заднем плане сознания».

«В центре внимания» — «На периферии внимания».

Табл. 2 в обобщенной форме предлагает стандартные схемы для диссоциации сознания и бессознательного пациента.

Таблица 2

Ваше сознание	И	В	Ваше
	то		подсознание

1. Прислушивается к тому, что я говорю.	время как... По мере того как... Но	1. Может начать вызывать транс нужной глубины.
2. Возможно, хочет узнать, что произойдет дальше.		2. Может начать вспоминать те события, которые для вас наиболее важны.
3. Может быть сосредоточено на той или иной мысли.		3. Может начать свое путешествие в мир особенный, отличающийся от обычных переживаний.
4. Может сомневаться в том, возникнет ли состояние.		4. Научилось многому, и вы можете впоследствии это использовать.
5. Может отдавать себе отчет в том, какие ощущения вы сейчас испытываете		5. Может иметь свои собственные представления.
6. Озабочено тем, чтобы все правильно сделать.		6. Может создать образы, которые покажутся вам удивительными.
7. Занято некоторой мыслью.		7. Входит в еще более глубокий транс
8. Стремится проникнуть в смысл того, что я говорю.		8. Начинает понимать что-то очень важное для вас.

195

Основы клинической гипнотерапии

10.3. ТРЮИЗМЫ

Трюизмы — это простая констатация факта относительно поведения, которое так часто встречалось в опыте пациента, что он не может его отрицать. Милтон Эриксон часто говорил пациенту о психологических процессах так, будто описывал пациенту объективные факты. На самом деле эти словесные описания действуют как косвенные формы гипнотического внушения, так как дают толчок ассоциативно связанным идеомоторным и идеосенсорным процессам, присущим субъекту.

Трюизм может активизировать запас жизненных переживаний, ассоциаций и психических механизмов, хранящихся в памяти самого пациента. Когда в транс внимание фиксированно и сосредоточенно, трюизмы могут на самом деле вызвать буквальное и конкретное переживание внушенного поведения.

Примеры трюизмов:

1. Для вызывания чувства тепла: «Вы уже знаете, как переживать приятные ощущения, такие как, скажем, тепло солнца на вашей коже».

2. Для установления сигналинга «ДА — НЕТ»: «У каждого бывали случаи,

когда он кивал головой «ДА» или качал ею «НЕТ».

3. Для облегчения внушения визуализации и углубления трансового состояния: «Мы знаем, что когда вы спите, ваше бессознательное может видеть сны».

4. Для формирования структурированной амнезии: «Вы можете легко забыть этот сон, когда проснетесь».

5. На наведение транса: «Каждый погружается в транс по-своему».

6. На создание установки на обучение: «Опыт — великий учитель».

7. На забывание: «Люди умеют забывать то, что они знают».

196

ГЛАВА 10. Методы углубления трансовых состояний

Внушение есть процесс вызывания и использования возможностей и жизненных переживаний, которые уже присутствуют у субъекта, но, может быть, вне его обычного спектра контроля. Терапевтическое внушение помогает пациентам получить доступ к собственным ассоциациям и возможностям для решения своих проблем.

10.3.1. Трюизмы, использующие время

Временной фактор позволяет пациентам использовать их собственные ассоциации и опыт, чтобы превратить их в истинные. В эриксоновском гипнозе, требуя от пациента определенной поведенческой реакции, необходимо связывать ее со временем. Психотерапевт никогда не говорит: «Ваша головная боль прошла», поскольку она, возможно, и не прошла и у пациента может появиться основание для недоверия. В таких случаях целесообразно превратить прямое внушение в трюизм, говоря: «Головная боль скоро пройдет... Вы сможете удивиться этому, так пройдет несколько секунд, минут, а может быть, и дней...».

Примеры трюизмов, использующих время:

1. Рано или поздно ваша рука поднимется (глаза закроются, тело расслабится и т.п.).

2. Ваша головная боль (или какая-либо другая проблема) исчезнет, как только ваша система будет готова к тому, чтобы она ушла.

3. Вероятно, это случится, как только вы будете готовы. Мы позволим бессознательному использовать столько времени, сколько ему нужно, чтобы позволить этому случиться.

10.3.2. Трюизмы «НЕДЕЛАНИЕ», «НЕЗНАНИЕ»

Один из основных процессов переживания транса заключается в том, чтобы позволить умственным про-

197

Основы клинической гипнотерапии

цессам происходить самим по себе. Психотерапевт просит пациента «расслабиться и позволить событиям происходить». Неделание, таким образом, является основной формой косвенного гипнотического внушения, которая особенно ценна в наведении транса. Приятным сюрпризом для пациентов оказывается то, что когда они расслабятся, то обнаружат, что ассоциации, ощущения, чувства, движения и сами психические механизмы могут действовать совершенно самостоятельно. Этот автономный поток нецеленаправленного опыта и есть простой способ вызывания транса.

Когда человек расслаблен, доминирует парасимпатическое звено вегетативной нервной системы и тогда он физиологически предрасположен *не делать*, вместо того, чтобы совершать активное участие (симпатическое звено вегетативной нервной системы). Из-за этого очень легко принять следующие внушения *неделания* во время начальных стадий наведения транса:

1. Вам не нужно говорить, или двигаться, или совершать какое-либо усилие.

2. Вам даже не нужно держать глаза открытыми. Вы можете не пытаться слушать меня, поскольку ваше бессознательное может делать это и реагировать совершенно самостоятельно.

3. Люди могут спать и не знать, что они спят. Они могут видеть сон и не помнить этого сна.

С *неделанием* тесно связано *незнание*. В повседневной жизни мы должны постоянно затрачивать усилия и энергию, чтобы знать. И как же приятно оказаться в ситуации, когда мы можем расслабиться и нам не нужно знать. Большинство субъектов могут радостно предвкушать переживание транса как вновь обретенную свободу от требований мира. Чтобы помочь пациентам понять это, на первых порах целесообразно провести предварительную беседу о «сознательном» и «бессознатель-

198

ГЛАВА 10. Методы углубления трансовых состояний

ном», — упростив эти определения для пациентов «на передней» и «на задней части разума». Можно подчеркнуть, как бессознательное способно регулировать жизнь тела (дыхание, сердцебиение, все физиологические процессы) и разума совершенно самостоятельно см. («Диссоциация сознания и бессознательного»).

10.4. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СВЯЗКИ

Связка предлагает выбор из двух или более сравнимых альтернатив — т.е., какой бы выбор ни был сделан, это направит поведение в нужную сторону. Терапевтические связи — это тактичные представления возможных альтернативных форм конструктивного поведения, которые доступны пациенту в данной ситуации. Пациент получает возможность свободного выбора между ними; обычно он чувствует себя связанным необходимостью принять одну из альтернатив.

Двойные связи, наоборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обычного для пациента спектра сознательного выбора и контроля. Двойная связь возникает при возможности коммуникации более чем на одном уровне. Например, требуя идеомоторной реакции, такой как левитация руки, мы можем (1) попросить пациента позволить своей руке подняться, но (2) испытать это как то, что рука сама поднимется произвольным образом. Это называется сознательно-бессознательной двойной связкой: поскольку сознание не может этого сделать, бессознательное должно это сделать на произвольном уровне. Сознательная преднамеренность и обычные психические установки человека помещаются в связку, которая имеет тенденцию лишать их деятельность силы; бессознательные возможности теперь имеют шанс вступить в действие.

199

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

В идеале, терапевтические двойные связи — это легкие затруднения, которые дают пациенту возможность роста. Эти затруднения являются косвенными гипнотическими формами в той мере, в какой они блокируют или расстраивают обычные установки и системы отсчета пациента так, что выбор на сознательном, произвольном уровне сделать нелегко. В этом смысле двойная связь может действовать в том случае, когда обычные системы отсчета не помогают человеку справиться и он вынужден функционировать на другом уровне. Этот иной уровень может быть более высоким уровнем абстракции, который может быть более мудрым, более юмористичным, более религиозным (в зависимости от системы верований и убеждений человека). Таким образом, терапевтическая двойная связь может заставить человека испытать те измененные состояния сознания, которые характеризуются как «*транс*», так что прежде нереализованные возможности могут стать явными.

В реальной практике существует бесконечный спектр ситуаций, которые могут функционировать или не функционировать как связи или двойные связи. Что является или не является связкой или двойной связкой, будет зависеть в большей мере от того, как оно принимается слушателем. То, что для иного человека является связкой, для другого может ею не быть.

Хорошо обученные психотерапевты имеют много подходов к психотерапевтическим связкам. Они предлагают их пациенту одну за другой и тщательно оценивают, какая конкретно привела к желаемому результату.

10.4.1. Связки и двойные связки в форме вопроса

Связки создаются вопросами для того, чтобы создать клиенту «свободный выбор» — некую альтерна-

200

ГЛАВА 10. МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

тиву, которая при любом выборе приводит к желаемому результату.

К примеру, для способствования принятия клиентом трансовой ситуации можно применить следующие связки в форме вопроса:

- Вы хотели бы войти в транс с открытыми или закрытыми глазами?
- Вам удобнее держать руки на коленях или на подлокотниках кресла, когда будете входить в транс?
- Вы хотели бы войти в транс сидя или лежа?

На эти вопросы человек отвечает исходя обычно из сознательных установок. Это помогает в некоторой степени преодолеть сопротивление и создать видимость того, что «ситуация находится под контролем клиента».

Для клиентов, которые в начальной стадии наведения транса реагируют напряжением, тревогой и повышенным самоконтролем, целесообразно применять двойные связки. На двойные связки в форме вопроса клиент не может ответить сознательно. Для того чтобы ответить на вопрос, клиенту необходимо расслабиться, сосредоточиться на своих внутренних переживаниях и обнаружить одно из субъективных чувств, вызванных внушением (двойной связкой в форме вопроса, где дается двойная суггестивная альтернатива). Пример двойных связок:

- Какая рука у Вас почувствует легкость первой: правая или левая. Или, может быть, обе руки одновременно станут легкими?
- Какая часть Вашего тела начнет испытывать легкое чувство тепла (тяжести)?
- И Вам будет интересно определить, где вначале у Вас возникнет чувство онемения: в руках, ногах, или на спине, или в других частях тела?

Эти вопросы позволяют запустить идеомоторные или идеосенсорные реакции при любом выборе из приведенных альтернатив.

201

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

10.4.2. ВРЕМЕННАЯ СВЯЗКА

Терапевтические связки, использующие время, независимо от сознательного ответа клиентов, вызывают необходимую терапевтическую реакцию — или сейчас, или позже. У некоторых пациентов вопросы временной связки сами по себе могут вызвать начальное трансовое состояние. Для них контекст терапевтической ситуации и то, что гипнотерапевт ожидает, что они войдут в транс, могут действовать как метакоммуникации, которые активируют автономные процессы, ведущие их к трансовому переживанию. Вопросы, использующие временные связки, следующие:

- Вы хотите войти в транс прямо сейчас или через несколько минут?
- Вы хотите входить в транс быстро или медленно?
- Вы готовы отказаться от этой привычки на этой неделе или на следующей?

Двойные терапевтические связки, использующие время, вызывают реакции на более автономном уровне. Они могут быть структурированы следующим образом:

- Пожалуйста, сообщите мне, когда это чувство теплоты появится в Вашей руке.
- Это расслабление мышц тела наступает быстро или медленно?
- Используйте столько времени, сколько Вам нужно, чтобы научиться испытывать это (любую идеомоторную или идеосенсорную реакцию) в том

особенном трансовом времени, где каждый момент в трансе равен часам, дням или даже неделям обычного времени.

Все эти вопросы и ситуации, использующие время, содержат сильную психологическую импликацию, так что желательная реакция будет получена. Большинство гипнотических реакций требует времени. Существует разрыв между тем временем, когда внушение

202

ГЛАВА 10. МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

дается, и тем, когда субъект способен его выполнить (в трансе субъекты обычно испытывают «психомоторную» задержку).

Временная связка эксплуатирует этот временной разрыв и делает его неотъемлемой частью гипнотической реакции.

10.4.3. СОЗНАТЕЛЬНО-БЕССОЗНАТЕЛЬНАЯ ДВОЙНАЯ СВЯЗКА

Перед наведением трансового состояния целесообразно провести с клиентом беседу о функционировании сознательного и бессознательного разума. Это подготавливает клиента к двойным связкам, которые базируются на том, что мы не можем контролировать свое бессознательное. Сознательно-бессознательная двойная связка блокирует обычные произвольные способы поведения пациента так, чтобы реакции управлялись на более автономном или бессознательном уровне.

Любая реакция на следующие ситуации ведет к тому, что клиент испытывает транс:

- Если Ваше бессознательное хочет, чтобы Вы вошли в транс, поднимется Ваша правая рука. Если же нет, то поднимется Ваша левая рука...
- Вам даже нет надобности слушать меня, потому что Ваше бессознательное здесь и может слышать что нужно, чтобы реагировать совершенно правильным способом...
- И действительно не важно, что делает Ваш сознательный разум, поскольку Ваше бессознательное автоматически сделает как раз то, что ему нужно, чтобы достичь этой анестезии (возрастной регрессии, каталепсии)...
- Вы сказали, что Ваш сознательный разум не уверен и смущен, и это оттого, что сознательный разум

L

203

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

действительно забывает. И все же мы называем, что бессознательное действительно имеет доступ к воспоминаниям, образам и опыту, которые оно может сделать доступным сознательному разуму так, чтобы Вы могли решить эту проблему. И когда бессознательное сделает эти ценные сведения доступными Вашему сознательному разуму? Будет ли это во сне? Днем? Произойдет ли это быстро или медленно? Сегодня? Завтра?

В приведенных примерах двойных связок используется открытый подход. Терапевт приводит ряд трюизмов о психологическом функционировании, любой из которых поможет решить проблему пациента. Ценность открытого подхода в том, что он дает пациенту бессознательную свободу работать любым способом, который больше всего подходит для его уникальных паттернов функционирования.

В то же время любые двойные связки — это прекрасный подход, чтобы помочь так называемым сопротивляющимся клиентам отойти или разрешить ошибочные идеи или ограничения своей системы представлений, которые мешали гипнотическому реагированию и терапевтическому изменению.

Существует ряд взаимосвязанных двойных связок, направленных на депотенциализацию сознательных установок путем подчеркивания власти бессознательного над сознательным. Обратите внимание на следующие примеры:

- Но Ваш сознательный разум сохранит его только с согласия Вашего бессознательного разума...
- Вы можете меня не слушать, Ваш бессознательный разум может слушать меня без Вашего ведома.
- И Ваша готовность полагаться на Ваш бессознательный разум, чтобы он сделал что угодно, что могло быть интересным или ценным для Вас, в высшей степени важна...

204

ГЛАВА 10. МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Приведенные речевые паттерны направлены на то, чтобы освободить способность пациента к функционированию на бессознательном уровне, чтобы исследовать многие возможности реагирования, которые были исключены сознанием. Обучение трансовым ощущениям и возможным реакциям, которые доступны в трансе, напрямую связаны со способностью пациента отказаться от направляющих и лимитирующих функций его обычной системы отсчета.

10.4.4. ДВОЙНАЯ ДИССОЦИАТИВНАЯ ДВОЙНАЯ СВЯЗКА

Для углубления трансового состояния, чтобы более глубоко диссоциировать сознательное и бессознательное пациента, применяются более сложные двойные связки. Они основываются на тонком взаимопроникновении внушений в диссоциацию, которые охватывают все возможные реакции и в то же время предоставляют возможность постгипнотических реакций. Обратите внимание на следующий пример:

- Вы можете пробудиться как личность, но Вам нет надобности пробуждаться как телу...

Вы можете пробудиться, когда Ваше тело пробудится, но при этом не признавать своего тела.

В первой половине этого утверждения пробуждение личности диссоциируется от пробуждения тела. Во второй половине пробуждение личности и тела диссоциировано от признания тела.

Эффект от такого внушения является настолько сложным, что непосредственно не очевидно, какие же именно возможности реагирования предлагаются. Как и при открытых внушениях, двойные диссоциативные двойные связки допускают возможность свободного выбора, которая позволяет клиенту выразить себя такими способами, которые удивят его самого.

205

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Двойные диссоциированные двойные связки, как правило, приводят сознательный разум клиента в замешательство и тем самым депотенциализируют их привычные установки и приобретенные ограничения. Кроме того, гипнотические явления во многом происходят в силу диссоциации сознания и бессознательного (т. е. применительно к конкретному контексту: диссоциации поведения от его обычного ассоциативного контекста). К примеру, традиционное гипнотическое явление каталепсии может быть вызвано через диссоциированные способности двигать той или иной частью тела от обычного ассоциированного контекста пробуждения; анестезия — путем диссоциирования способности чувствовать; амнезия — путем диссоциирования способности помнить.

Задача терапевта — определить, какие виды поведения легче всего диссоциировать от каких контекстов и у каких пациентов. По мере того, как психотерапевт приобретает опыт в этом подходе, появляются совершенно новые саногенные эффекты.

10.4.5. ОБРАТНАЯ ДВОЙНАЯ СВЯЗКА

Обратная двойная связка основана на том, что если имеются два взаимопротивоположных направления вектора сил, приложенных к сопротивляющемуся субъекту, то он будет двигаться по направлению

наименьшего сопротивления (или в ту сторону, в которую тянет большая сила).

Метафорическим примером обратной двойной связки служит история, рассказанная М. Эриксоном. Однажды его отец хотел завести теленка в хлев. Но теленок сопротивлялся, а отец его тянул на веревке за шею вперед. Теленок в дверях уперся, и отец не мог его сдвинуть с места. Чтобы помочь отцу, -М. Эриксон на-

206

ГЛАВА 10. МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

чал тянуть теленка за хвост обратно. Теленок тут же выбрал сопротивление, меньшее из двух сил, и вошел в хлев. Этот случай можно по праву можно считать первым применением обратной двойной связки.

Обратная двойная связка позволяет субъекту одновременно и сопротивляться и уступить. Люди с проблемами часто оказываются в ловушке между противоречивыми импульсами: сопротивлением и подчинением. Эффективный подход к разрешению этой дилеммы — позволить выразиться как сопротивлению, так и капитуляции. Смысл обратной двойной связки состоит в утилизации антивалентности пациента и возможности с успехом достичь взаимопротиворечащих целей.

10.4.6. ДОПУЩЕНИЯ

Делается допущение возникновения определенной поведенческой реакции. Эти предложения конструируются с помощью оборотов речи, указывающих на время или последовательность действий. Типичные обороты речи, используемые в этой технике:

- до того, как...
- после того, как...
- в течение...
- по мере того, как...
- прежде, чем ...
- когда...
- в то время, как... Например:
- «Прежде, чем сообщить мне, над какой проблемой вы хотите работать, сделайте глубокий вдох».
- «Прежде, чем войти в транс, сделайте глубокий вдох и медленный выдох».
- «Прежде, чем вы согласитесь с моим предложением, взгляните на эти схемы».

207

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Придумайте несколько фраз, построенных по этому принципу, и используйте их в своей работе.

10.4.7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЙ

Здесь рассматриваются две поведенческие реакции, которые можно противопоставить. Используя противопоставления, полезно опираться на кинестетику, чтобы создать у человека убеждение в наличии противоположностей.

Например:

- «Чем сильнее вы стараетесь оказать сопротивление, тем скорее вы поймете, что оно напрасно».
- «Чем тяжелее кажется проблема, тем легче оказывается подходящее решение».
- Чем тяжелее дается вам изучение этого курса, тем легче будет его практическое применение».

Придумайте несколько фраз, которые можно использовать в вашей работе.

10.4.8. ВЫБОР БЕЗ ВЫБОРА

- «Ты хочешь пойти спать прямо сейчас или после того, как уберешь игрушки?»

- «Вы хотели бы войти в транс с открытыми глазами или с закрытыми?»
- «Вы сможете применять полученные знания сразу или после небольшой тренировки».
- Этот прием активно применяют хорошие продавцы и торговые агенты.
- «Вы хотите заплатить наличными или чеком?» — как будто вопрос о покупке уже решен.

Вы предоставляете человеку на выбор несколько возможностей, каждая из которых вас вполне устраивает.

208

ГЛАВА 10. МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ

10.4.9. ПРАВО ВЫБОРА

При применении этого типа внушений, привлекая своей интонацией внимание человека к той реакции, которую хотите у него вызвать, вы предлагаете ему полную свободу выбора. Таким образом вы оказываетесь в беспроблемной ситуации, поскольку каждая реакция есть ваш успех. Человек же чувствует облегчение, так как начинает понимать, что не должен реагировать каким-либо определенным образом. Одна тонкость: слегка измените голос, когда будете произносить ту реакцию, которую собираетесь вызвать.

«Вы можете сделать заказ по телефону, или прямо сейчас, или не делать вовсе».

Отличие от предыдущего приема в том, что вы говорите и ту реакцию, которая вас не устраивает, но говорите ее пренебрежительным тоном.

10.5. ЯЗЫК ГИПНОЗА

Мы достаточно подробно рассмотрели требования к речи гипнотизера, осталось 2—3 примечания.

Во-первых: научившись говорить так, чтобы максимально точно присоединиться к внутреннему опыту, внутреннему миру вашего клиента — научитесь еще и говорить максимально неопределенно, тоже с целью лучшего присоединения.

Во-вторых: когда вы занимаетесь наведением и использованием трансa, научитесь говорить без отрицаний, говорить без «не». Что имеется в виду? По первому пункту: когда вы при наведении или использовании трансa предлагаете партнеру погрузиться в некоторое переживание, говорите об этом переживании (особенно поначалу) довольно общими фразами, используя слова, не относящиеся к определенной модальности дета-

209

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

лями. Тем самым вы оставляете партнеру свободное пространство, которое он сам может заполнить конкретными деталями. Ну, например, я читаю лекции и говорю о том, что психотерапия может решить некоторые проблемы некоторых людей. После лекции ко мне подходит человек и спрашивает: «Вы о моих проблемах говорили?» Понимаете, ни вы, ни я не умеем читать мысли; просто в моей неопределенной фразе человек нашел свое собственное содержание, он наполнил мою фразу тем, что для него было актуально. (Кстати, на его вопрос я ведь не стал отвечать «нет», я сказал ему: «В том числе и...»)

При наведении трансa вы можете сделать такое описание: «Ты чувствуешь тепло своей правой руки, лежащей на правом бедре». Это срабатывает сплошь и рядом, это на 99 % может совпадать с действительным переживанием партнера, но что вы будете делать, если он чувствует холод правой руки? Для начала все же лучше было бы сказать: «Ты чувствуешь температуру правой руки. Температура — более общее слово, более общая характеристика, чем тепло. Какая-то температура у руки все равно есть. Слова неопределенные, не относящиеся к конкретной модальности, не конкретизирующие ситуацию («покой, умиротворенность, комфорт, спокойствие, сосредоточенность» и др.), очень удобны при наведении трансa именно своей универсальностью. Ищите

такие слова и такие описания, используйте их — они обязательно соответствуют внутреннему опыту партнера (конечно, ваш покой и его покой — разные понятия, но сказав слово «покой», вы все-таки сказали то, что он может понять и принять). Не заставляйте партнера быть более гибким в общении, чем вы сами, не заставляйте его подстраиваться к вам. Второй пункт, — исключение отрицаний из речи. У отрицаний есть интересное свойство — они существуют в

210

ГЛАВА 10. Методы углубления трансовых состояний

языке, но не в подсознании. Поэтому говорите партнеру то, чего вы от него хотите, а не то, чего он не должен делать. Если выговорите ребенку: «Какой ты умный сегодня, не шуми!» — он не успокаивается, он ачинает шуметь еще больше. Это довольно общее пра-ило: если вы описываете человеку то, что вы у него ейчас наблюдаете, — это будет закреплено.

Я предложу вам для иллюстрации пример Дж. Грин-ера. Скажите, что вы представляете себе, когда слы-ите фразу: «Собака не гонится за кошкой?» Собака тоит и кошка стоит. Собака спокойно идет, и кошка покойно идет, не обращает внимания. Собака гналась а кошкой, и они обе исчезли.

То есть фраза, имеющая смысл для сознания, не имеет никакого смысла для подсознания, для вашего внутреннего мира: «Либо они обе стоят, либо исчезают» (возможны варианты). Таким образом, вместо того, чтобы говорить: «У вас нет этого, этого, и того тоже нет» — лучше сказать о том, что должно быть, о том, что есть. «Вас ничто не беспокоит, не волнует, не тревожит...» — классическая фраза классических гипнотизеров. Но для того, чтобы понять, как это меня нич-о не беспокоит, я должен сначала побеспокоиться, а отом убрать это, не так ли? Лучше сказать: «Вы моете почувствовать себя чуть более расслабленным, покойным и защищенным».

Итак, при наведении и использовании транса (а акже при конструировании любого нужного вам со-тояния партнера) следует пользоваться словами, во-первых, неопределенными и, во-вторых, имеющими только конструктивную направленность. Можно сказать: «Представьте себе, что вы сидите на стуле за столом, покрытым красной клеенкой в белую клеточку, и едите кусок «Останкинской» колбасы весом в 150 граммов, поджаренной на сливочном масле» — это одно

211

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

описание. А можно сказать: «Представьте себе, что вы в удобной позе принимаете пищу» — это второе описание. Во втором описании ошибиться почти невозможно, оно более универсально. Если в своем внутреннем переживании ваш партнер предпочитает вспоминать, как он лежит на диване и ест соленую рыбу с пивом, то второе описание подходит и к этой ситуации, и подойдет еще к сотне других.

ГЛАВА 11

ПРИЗНАКИ ТРАНСА.

ГИПНОТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ

После того как вы ввели клиента в трансовое состояние, самое время понаблюдать за тем, что происходит с вашим клиентом (за невербальными реакциями).

Внешние проявления транса составляют феномены, которые можно разделить на две группы:

I группа (наблюдается также и в состоянии релаксации):

- Первое явление: расслабление мышц лица и всего тела. Лицо становится более симметричным (в состоянии бодрствования мышцы лица, более или менее напряженные, создают некоторую несимметричность), разглаживаются какие-то складки, морщинки. Черты лица как бы «приспускаются вниз».

- «Дыхание становится спокойнее». Если, вы спросите партнера о самочувствии, то, возможно, и даже скорее всего, получите ответ о том, что ему стало спокойнее и удобнее. Но в качестве результата наблюдения слово «спокойнее» не годится, это — оценка. А вы наблюдали более редкое и более глубокое дыхание партнера — второй признак транса.
- Снижение мышечного тонуса (тело становится неподвижным). Пациент (партнер) замирает... У него прекращаются произвольные движения, он сохраняет принятую вначале позу, он неподвижен. Это третий признак транса.
- Кожа (лица) не только меняет цвет, она становится более влажной, вплоть до выраженной потливости.

213

Основы клинической гипнотерапии

- На фоне общей расслабленности мышц наблюдаются непроизвольные движения (не осознаваемые, не имеющие сознательной цели). Они бывают мелкими, вроде подрагивания или шевеления пальцев и кистей рук, а бывают крупными — кивание головой, «плавающие» движения руками, вздрагивание всего тела. Непроизвольные движения — тоже прямое указание на транс.
- Увеличение латентного периода (скорость, с которой появляются пальцевые сигналы). Когда палец движется толчками и медленнее — это свидетельствует о более глубоком трансе.
- Пульс замедляется.
- Изменение голоса. В первую очередь следует внимательно послушать, каким голосом говорит клиент до транса. После этого обращать внимание именно на характеристики голоса, а не на слова (содержание).
- Голос, каким говорит клиент о первом воспоминании — тот же, что и до транса, но ритм его медленнее. Это и есть признак транса.
- О втором воспоминании клиент говорит в более медленном ритме и другим тоном.
- Воспоминания юности звучат юношеским голосом, а детских — детским.
- У клиента прекращаются произвольные движения, он сохраняет принятую вначале позу, он неподвижен.
- Если вы обратите внимание на ресницы партнера, то вы сможете заметить, что в трансе они мелко подрагивают. Этот феномен носит название осцилляции. Произвольно вызвать этот феномен невозможно. Если клиент вошел в транс с открытыми глазами, у него становится очень редкое мигание, расширение зрачков.
- Становятся реже или полностью прекращаются, глотательные движения (сглатывание слюны).

214

Глава 11. Признаки транса. Гипнотические феномены

- В связи с расслаблением мышц слезного мешочка и слезных каналов, у некоторых клиентов наблюдается непроизвольное слезотечение.
- Реориентация. В конце сеанса человек осматривается, ищет свои ориентиры, т.е. «организовывает свое пространство». Знать эти признаки нужно для того, чтобы увидеть тот транс, который вы уже создали. Но их значение состоит еще и в том, что, сообщая о них партнеру (о тех признаках транса, которые вы у него наблюдаете в данный момент), вы углубляете транс и укрепляете раппорт. Описывая вслух наблюдаемые вами признаки транса, вы все время говорите правду: партнер может сразу проверить соответствие ваших слов и своих ощущений и убедиться в том, что вам можно продолжать доверять, вы заботитесь о нем! И транс углубляется. II группа (наблюдается только в гипнотическом трансе).

1. *Галлюцинации* (позитивные и негативные). Самый, пожалуй, известный из феноменов гипноза — внушенные галлюцинации, человеку предлагают

увидеть, услышать, почувствовать то, чего нет — и он это делает. Вы знаете, что эстрадные гипнотизеры любят дать загипнотизированному человеку луковицу, внушив предварительно, что дают грушу — и он ест луковицу с наслаждением! Если загипнотизированному внушают, что в зал вошел дикий зверь — человек старается спрятаться. Внушение галлюцинаций в понятиях классического

гипноза считается возможным только в самом глубоком трансе.

2. *Амнезия*. Клиент забывает часть работы, которая происходила в трансе. Причем наблюдается два вида амнезии: одну терапевт вызывает произвольно, особенно в возрастной регрессии, а вторая возникает самопроизвольно.

215

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

3. *Гипермнезия*. Наблюдается два типа: *реальная* — когда в гипнотическом состоянии или при самогипнозе облегчаются воспоминания, и *ложная* — например, при попытке жертвы преступления или свидетеля под гипнозом вспомнить номер автомобиля преступника: часты ошибки. В США от такой практики отказались.

4. *Анестезия* — утрата чувствительности в различных участках тела. *Аналгезия* — утрата болевой чувствительности.

5. *Телесные иллюзии*: левитация руки и каталепсия. *Каталепсия* ('или восковая гибкость') состоит в том, что загипнотизированному можно придать любую неудобную позу, и он сохранит ее, потеряв контроль над произвольными движениями.

6. *Возрастная регрессия*. Загипнотизированному можно внушить, что его возраст значительно меньше настоящего, и он будет вести себя, как ребенок.

7. *Искажение чувства времени*. Гораздо менее известен (хотя гораздо более распространен по сравнению с предыдущим) феномен под названием «искажение чувства времени». В трансе внутреннее время человека не соответствует внешнему, объективному времени. Обычно внутреннее время замедляется: загипнотизированному человеку кажется, что он провел в трансе несколько минут, а на самом деле могло пройти полчаса или час.

8. *Буквализмы* (конкретное понимание, без переносного смысла). В трансе работает правое полушарие, а левое «отдыхает».

9. *Диссоциация* (возможность как бы находиться в двух разных местах).

216

ГЛАВА 12

МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

12.1. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТЕРАПИИ В ТРАНСОВОМ СОСТОЯНИИ

На переживание транса и его концептуализацию влияют ситуационные контексты. В клиническом контексте, где основная цель — терапевтические изменения, наиболее полезно организовывать ход транса в виде четырех главных фаз:

1. Подготовка.
2. Наведение.
3. Утилизация транса.
4. Консолидация усвоенного в трансе.

В реальной практике эти фазы нередко перекрываются и взаимодействуют друг с другом. Они могут быть использованы как для описания единичного сеанса гипноза, так и для организации более общего многосеансового курса гипнотерапии.

12.1.1. ПОДГОТОВКА К НАВЕДЕНИЮ ТРАНСА

Эта первоначальная фаза имеет две цели. *Первая* — получить информацию от клиента. Гипнотерапевт должен иметь некое общее представление о модели

мира, свойственной клиенту, и о том, каких изменений желает клиент (*формулировка результата терапии*). Кро-

217

Основы клинической гипнотерапии

ме того, гипнотерапевт определяет, какие стратегии или препятствия способны помешать развитию этих изменений.

Вторая цель — сообщить клиенту нечто о природе гипноза. Возможно, важнее всего, прежде чем начинать наведение, добиться раппорта и доверия. Гипнотерапевт также должен создать у клиента ощущение, что может и должно произойти нечто существенно важное, и установить взаимопонимание по поводу участия клиента в процессе изменений.

12.1.2. НАВЕДЕНИЕ ТРАНСА

Наведение гипноза — это последовательность взаимодействий, в результате которых достигается сосредоточенность субъекта на своем внутреннем опыте и вершиной которой является измененное состояние сознания, когда происходят процессы, не подвергающиеся сознательному анализу и не требующие усилий. Для наведения трансовых состояний эриксоновский гипнотерапевт не пользуется искусственными или стандартными средствами воздействия. Он использует уникальные потребности и стереотипы данного клиента и постоянно стремится приспосабливать свои воздействия к его текущим переживаниям. При этом гипнотерапевт руководствуется тремя главными принципами: привлечь и сфокусировать внимание субъекта; подстроиться к сознанию клиента и депотенциализировать его; получить доступ к бессознательному и утилизировать его.

12.1.3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

После дефрейминга внутреннего опыта клиента (собственно наведение транса) перед гипнотерапевтом открываются разнообразные возможности для рефреймин-

218

Глава 12. Методы использования трансовых состояний...

га внутреннего опыта. Для этого существует множество гипнотерапевтических процедур, чаще всего использующих: диссоциативные методы, гипнотические сновидения, метафорические истории, возрастную регрессию, возрастную прогрессию, модификацию личности.

12.1.4. КОНСОЛИДАЦИЯ УСВОЕННОГО В ТРАНСЕ

Эта заключительная фаза гипнотерапевтического сеанса состоит из двух основных этапов:

Завершение транса. Предусматривает выведение клиента из транса. Этот переход обычно включает в себя общие внушения, повышающие чувство собственной ценности, постгипнотические внушения, общие или конкретные указания по поводу амнезии и воздействия, прекращающие транс.

Распространение усвоенного в трансе на другие контексты жизни клиента. Этот этап включает 10—15 минут послетрансовой беседы, посвященной самоисследованиям клиента во время транса. Здесь психотерапевт также прибегает и к дополнительным процедурам, таким как задания на дом, указания, касающиеся самогипноза, и др.

12.2. ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

Вы даете клиенту набор инструкций, свободных от содержания, но очень точно описывающих процесс, который человек проходит, чтобы измениться, — процессуальные инструкции. Сущность их заключается в том, что вы говорите клиенту, *как* все должно произойти, но не говорите *что*. И здесь терапевту необходимо быть «изысканно туманным», т.е. говорить максимально неопределенно.

Существует множество техник, при помощи кото-

219

Основы клинической гипнотерапии

рых конструируются процессуальные инструкции. Рассмотрим некоторые из них.

А. Использование в речи **при** наведении транса и его утилизации номинализаций

Номинализации — это слова, которые в предложении занимают место существительного, однако они неосвязаемы — их нельзя потрогать, почувствовать или услышать. Тест для номинализаций: «Можно ли положить это в тележку?» Если слово — существительное и его нельзя «положить в тележку» — это номинализация. Слова: *любопытство, знания, любовь, проблема, ресурс, опыт, изменение, движение* и т.д. — номинализации. Они используются как существительные, но на самом деле это процессуальные слова.

Номинализации очень эффективны в гипнотических индукциях, потому что позволяют говорящему быть туманным и требуют, чтобы клиент отыскивал в своем опыте подходящий смысл.

Пример процессуальной инструкции с использованием номинализаций:

«Я знаю, что в вашей *жизни* есть определенная *проблема*, которую вы хотели бы привести к эффективному *разрешению*... Я не уверен точно, какие личные *ресурсы* вы сочли бы более полезными для этого, ...но я точно знаю, что ваш *бессознательный разум* лучше может исследовать ваш *опыт*, отыскивая именно этот *ресурс*...» (Номинализации выделены курсивом).

В процессуальной инструкции не говорится ничего конкретного, но если такого рода утверждение предложить клиенту, пришедшему, чтобы разрешить проблему, он припишет конкретный смысл использованным номинализациям. Используя номинализации, терапевт дает клиенту полезные, экологичные инструкции, не рискуя сказать нечто, противоречащее внутреннему опыту клиента.

220

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

Б. Семантическая неправильность

Заключается в использовании в речи терапевта слов, подразумевающих причинно-следственные отношения между тем, что происходит, и тем, к чему терапевт побуждает клиента. Это побуждает клиента реагировать так, как будто одна вещь и в самом деле вызывает другую. Достигается такой тип коммуникации применением слов:

- союза «и»: «Вы сидите на стуле, слушаете звук моего голоса *и* вы можете начать расслабляться»; «Вы вдыхаете и выдыхаете *и* вам любопытно, как быстро вы войдете в транс» (подчеркнута встроенная команда, выделенная аналоговым маркированием);
- словами типа: *пока, тогда, когда, в течение, в то время как* — соединяющими утверждения путем установления связи во времени. «Пока вы сидите на ;туле, вы можете расслабиться и начать входить в транс»; «В то время, когда вы качаете головой, вы южете расслабиться более полно»;
- словами, утверждающими причинность: *позво-гять, вынуждать, вызывать, требовать*. «Качание ззад-вперед позволит вам расслабиться сильнее»; «Дро-сание ресниц вызывает чувство сонливости».

Используя каждый тип связи, вы начинаете с того, что уже происходит, и соединяете с тем, к наступле-нию чего вы стремитесь. Терапевт будет более эффективным, если он начнет со слабой формы связи, а затем перейдет к более сильной форме.

В. Применение пресуппозиций

Пресуппозиции — это самые мощные из речевых ттернов, когда их применяет терапевт, пресуппози-зующий то, что в соответствии с его желанием не должно ставиться под сомнение. Общий принцип заключается в том, что вы даете человеку множество способов, однако все варианты должны пресуппозировать нуж-ную вам реакцию.

221

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Существует множество форм пресуппозиций. Рассмотрим некоторые из них.

1. Придаточные предложения времени. Такие предложения начинаются со слов типа: прежде чем, после, в то время как, с тех пор как, до того, когда, в течение и т.д.

«*Прежде чем* войти в транс, вы можете закрыть глаза, или просто можете начать расслабляться». (Подчеркнуто аналоговое маркирование.)

«*В то время, когда* вы сидите и слушаете мой голос, окружающие звуки уходят на задний план».

2. Порядковые числительные. Слова типа: *другой, первый, второй, третий*.

«Когда вы сидите и слушаете мой голос, вам может быть любопытно, какая сторона вашего тела начнет расслабляться *первой*». Это пресуппозитирует, что обе стороны вашего тела начнут расслабляться; вопрос лишь в том, какая будет первой.

Использование слова «или». Слово *или* можно применять, чтобы пресуппозитировать, что хотя бы одна из нескольких альтернатив осуществится.

«Вы хотите войти в транс быстро *или* медленно?» Таким образом пресуппозитируется, что вы войдете в транс, вопрос лишь в том, быстро или медленно.

«Я не знаю, указательный палец вашей левой руки *или* правой руки будет подниматься бессознательными движениями, когда ваше подсознание будет говорить «Да». Такая техника может применяться при установлении сигналинга «Да» — «Нет»; пресуппозитируется, что подсознание будет говорить «Да» и что при этом будет подниматься указательный палец, вопрос только в том, какой руки.

3. Глаголы и наречия, относящиеся к изменению во времени: *начинать, кончать, останавливаться, приниматься, продолжать, продвигаться, уже, еще, все еще, больше никогда* и т.д.

222

Глава 12. Методы использования трансовых состояний...

«Когда вы слушаете мой голос, вы можете *продолжать* расслабляться». Это пресуппозитирует то, что вы уже начали расслабляться.

«*Продвигаясь* по коридору и глядя в зеркала, вы *начинаете* осознавать нечто важное для вас». Пресуппозитирует то, что вы уже продвигаетесь по коридору и в это же время начинаете осознавать что-то важное.

4. Негативные команды. Когда инструкция предлагается в негативной форме, то люди обычно реагируют на позитивную команду. Если кто-либо говорит «Не думайте о проблеме», то вам вначале необходимо о ней подумать, чтобы понять, что было сказано. Это связано с тем, что в первичном восприятии в различных модальностях не существует отрицания. Отрицание существует только во вторичном опыте.

«Вы можете не расслабляться, пока *не* начнете чувствовать себя слишком удобно». (Подчеркнуто аналоговое маркирование.)

5. Разговорные постулаты. Разговорные постулаты — это вопросы типа «Да—Нет»: Если вы подходите к кому-то на улице и спрашиваете: «У вас есть часы?» — человек обычно не скажет: «Да» или «Нет». Он скажет вам, который час.

Чтобы построить разговорный постулат, вы сначала определяете реакцию, которая вам нужна от клиента. К примеру, вам необходимо, чтобы кто-то закрыл окно.

Второй шаг — определить хотя бы одну вещь, которая может быть верной, если человек закроет окно. То есть пресуппозитируете ваш результат. В данном случае: (а) человек может закрыть окно, (б) — окно открыто.

Третий шаг — взять одну из пресуппозиций и превратить в вопрос «Да — Нет». «Вы можете закрыть окно?», «Окно открыто?» Теперь у вас есть вопрос,

который обычно даст реакцию без прямой просьбы о ней.

223

Основы клинической гипнотерапии

12.3. АКТИВИЗАЦИЯ ПРОДУКТИВНЫХ РЕСУРСОВ

Эриксоновская гипнотерапия исходит из того, что каждый человек наделен значительно большими способностями и ресурсами, чем осознает сам. Более того, человек располагает достаточными ресурсами, чтобы испытывать счастье и удовлетворенность жизнью. Проблема же заключается в том, что многие из этих ресурсов разобщены с текущими переживаниями человека. И даже тогда, когда многие ресурсы доступны, на них часто накладываются ненужные ограничения.

Основываясь на этих представлениях, эриксоновский гипнотерапевт обычно не пытается дать клиенту что-то новое. Вместо этого он помогает клиенту научиться использовать те навыки и ресурсы, которыми тот уже обладает.

Предполагается, что эти ресурсы будут реализованы через самоисследование клиента на уровне ощущений, а не через осознанное понимание. Эриксоновская гипнотерапия направлена на выявление и (или) реорганизацию необходимых ресурсов клиента.

Следует отметить, что нередко клиенты утверждают, будто не располагают обширными ресурсами. Более того, их поведение и манера подавать себя иногда убеждают гипнотерапевта, что они правы. Однако ресурсы всегда могут быть вскрыты в других областях. Одна из них — область проблемы: требуется очень прочный навык, чтобы поддерживать один и тот же способ существования на протяжении длительного времени. Поэтому тенденцию замыкаться в себе можно «вынести» в другие рамки методом рефрейминга и утилизировать как «способность в случае необходимости углубляться в себя, чтобы защитить свое «Я». Это позволяет изменить оценку этого навыка клиентом на чувственном уровне.

224

ГЛАВА 12. Методы использования трансовых состояний...

Кроме того, ресурсы могут быть вскрыты в фундаментальных процессах развития: обучения читать, писать, ходить, говорить, сосредотачиваться, играть, заниматься спортом и т.д.

12.3.1. Методы выявления ресурсов

Для выявления и актуализации внутренних ресурсов клиента можно применить стратегию, предложенную на одном из семинаров президента французской ассоциации психотерапевтов Ж. Беччио. Сущность ее заключается в следующем. Клиенту последовательно задают 7 вопросов:

1. «7 лет».
2. «Родители».
3. «Авторитет».
4. «Противник».
5. «Здесь и сейчас».
6. «Ответственность».
7. «Изменение».

1. Первый вопрос: «Через 7 лет эта проблема будет так же важна для вас?» Этот вопрос обычно вызывает удивление у клиента и поэтому является психодинами-зирующим. Порядок остальных вопросов терапевт может менять в зависимости от ситуации.

2. «Как бы решали эту проблему ваши родители?» — это своеобразный поиск «кода в генетической цепочке». Если у клиента родители приемные, то вначале задается вопрос о приемных родителях. Затем: «Как бы ваши настоящие родители решали эту проблему?» Этот вопрос позволяет приблизиться к проблеме филогенеза. Имеются данные, что у приемных детей проблемы нередко кружатся вокруг приемных родителей. Здесь может находиться «источник выздоровления» — искомый ресурс.

В. В. А Руженкоа

225

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

3. «Авторитет». Как бы решал эту проблему человек компетентный, который обладает необходимыми ресурсами?

4. «Противник». Как бы решал эту проблему ваш противник?

5. «Здесь и сейчас». Способность человека измениться зависит от его готовности и способности реализовать свои ресурсы и полезные навыки. На этом шаге эриксоновский гипнотерапевт ищет ответ на вопрос: «*Какие полезные ресурсы и навыки выработал у себя клиент?*» Этот вопрос можно сформулировать многими разными способами:

- Что вы умеете хорошо делать в жизни?
- Что вас действительно увлекает?
- Какие у вас хобби?
- С кем вас соединяют особые связи?
- Что вы делаете, когда ощущаете потребность «дать себе волю» и отдохнуть?
- Что вы успешно делаете в повседневной жизни? Ответы могут лечь в основу возможных ресурсов

гипнотического воздействия. Следующий пример демонстрирует применение этих вопросов для формирования ресурса.

Пациентка А. (23 года, диагноз «Неврастения»). Проблема: повышенная раздражительность, невозможность расслабиться, затруднение засыпания с наплывами мыслей о повседневных делах.

Ответы на вопросы:

- Умею хорошо играть в большой теннис, на корте я сосредоточенна и спокойная.
- Увлекает отдых на море.
- Слушаю музыку.
- Мечтаю с другом попутешествовать в русле Амазонки.

226

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

- Уезжаю в другой город и развлекаюсь в барах и ресторанах.
- Вожу автомобиль. В автомобиле я спокойна и уверена.

Используя эти ответы, гипнотерапевт может подумать о том, как сочетать эти ресурсы с тем или иным переживанием, составляющим проблему, чтобы стала возможна реорганизация этого переживания. При этом целесообразно исходить из того, что в проблемном состоянии «Я» мало использует основные ресурсы. Такие ресурсы могут оказаться вне проблемной структуры, т.е. функционально диссоциированы от нее. Например, человек может утратить способность настойчиво добиваться того, чего хочет на работе, и в то же время он успешен в спорте. Жесткость структуры поведения в рамках проблемы не позволяет ему гибко использовать ресурсы, которые легко проявляются во внепроблемных ситуациях. Наведение же терапевтического транса создает «дефреймированный» контекст, в котором может быть получен доступ к ресурсам из многочисленных контекстов и осуществлена их интеграция. Для клиентки А. были составлены следующие пары «проблема–ресурс»:

Проблемная область	Возможный ресурс
Повышенная раздражительность, невозможность расслабиться	В игре в теннис: вначале перед ударом мячика рука и все тело напрягаются («нервная система в состоянии раздражения», затем следует расслабление).

Затруднение засыпания с наплывом мыслей о повседневных делах	Увлекательный отдых с приятным расслаблением на море, музыкой укачивающих волн
Раздражительность на работе	Спокойствие при вождении автомобиля

227

Основы клинической гипнотерапии

Таким образом, каждое описание ресурса служит возможной структурой для терапевтического обращения к ключевым аспектам проблемной ситуации при работе в трансе. Так, метафора «игра в теннис» была использована для внушения расслабления; метафора приятного отдыха с расслаблением на море — для засыпания и спокойствия; метафора вождения автомобиля ;— для спокойного поведения на работе.

Реорганизуя таким образом описание проблем, вводя их в рамки структур-решений и сбалансированных биологических контекстов, гипнотерапевт создает возможности для выработки решений.

Подводя итоги, можно сказать, что задача эриксо-новского гипнотерапевта — войти в реальность клиента с целью расширить ее. Чтобы добиться этого, гипнотерапевт сначала выявляет ценности, которыми пользуется клиент, формируя свой внутренний опыт. Эти ценности могут быть выявлены во многих аспектах ориентации человека на те или иные взаимоотношения: на социальные системы, намерения, привязанности к ролям или людям, убеждения, полезные навыки и ресурсы. Каждая из этих ценностей представляет собой метод, с помощью которого человек формирует реальность. Если эта реальность стала неизменной и создает проблему, жесткая привязка к ценностям, лежащим в ее основе, должна быть ослаблена, чтобы способствовать выработке новых, вариативных репрезентативных структур.

12.4. ГЕНЕРАТОР НОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Эта техника применяется для работы с клиентами, которым не нравится их поведение в определенных ситуациях. Таких клиентов в практике психотерапии и консультирования значительное количество.

228

Глава 12. Методы использования трансовых состояний...

После того как вы ввели клиента в транс и установили идеомоторную сигнальную систему «Да—Нет», дальнейшая схема работы следующая.

Шаг 1. Предложите клиенту понаблюдать и послушать, как он ведет себя в проблемной ситуации. Буквально предложите ему, чтобы он видел, как сам делает это, извне перед собой, как если бы он смотрел фильм. Это инструкция, вызывающая диссоциацию и позволяющая спокойно наблюдать и слушать то, что могло быть неприятным, если бы он действительно находился в проблемной ситуации. Вы говорите: «Дайте мне сигнал «Да», как только закончите, в покое и безопасности наблюдать и слушать это поведение, которое вы хотите изменить».

Шаг 2. Получив сигнал «Да», вы спрашиваете: «Знаете ли вы, какое новое поведение или реакцию вы предпочли бы осуществлять в этой ситуации ? Дайте ответ «Да», если знаете». Если вы получили ответ «Да» и клиент действительно знает, какую реакцию он хотел бы выдавать, то вы говорите: «Хорошо. Теперь наблюдайте и слушайте, как вы даете ту новую реакцию в ситуации, которая была для вас проблемной. Дайте мне реакцию «Да», когда закончите». Эта часть техники проводится также в диссоциированном состоянии.

Потом вы спрашиваете: «Когда вы наблюдали за собой, дающим новую реакцию в той ситуации, вы были полностью этим удовлетворены?» Если

получаете реакцию «Нет», то предлагаете ему вернуться обратно и выбрать более подходящее поведение.

Шаг 3. Если вы получаете реакцию «Да», вы буквально «встраиваете» новое поведение, предлагая клиенту ассоциироваться с образом: «А теперь вы можете прогнать тот же фильм, но с точки зрения самого себя, осуществляющего это новое поведение. Поместите себя

229

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

внутри фильма и испытайте, каково это — на самом деле вести себя так в ситуации ».

Когда клиент полностью сделает это, вы спрашиваете: «Было ли это на самом деле удовлетворительно? Удовлетворен ли он этим новым поведением?» Если вы получаете сигнал «Нет», то вы возвращаетесь обратно и производите необходимые изменения в поведении, пока клиент не будет им удовлетворен, будучи в ассоциированном состоянии.

Шаг 4. Если вы получаете ответ «Да», то вам необходимо «синхронизироваться с будущим», т.е. буквально найти триггер, запускающий ранее нежелательное поведение и ассоциировать его с новым поведением с тем, чтобы в проблемной ситуации новый паттерн поведения запускался автоматически.

Вы говорите следующее: «Теперь я обращаюсь к вашему подсознанию, когда оно поймет, что конкретно вы увидите, услышите или почувствуете, что будет означать начало ситуации, в которой будет осуществляться новое поведение, дай сигнал «Да».

Шаг 5. Синхронизация с будущим, или бихевио-ральная проверка. Предложите клиенту представить ситуацию из будущего, когда будет выполняться новое поведение. Пусть он начнет выполнять новое поведение с момента, когда увидит, услышит или почувствует (триггер) в нем необходимость. Шаг 5 можно повторить несколько раз для закрепления стереотипа «триггер—реакция».

Если на шаге 1 вы получаете ответ «Нет», то применяется техника «**сдвиг индекса ответственности**».

Шаг 1. Вы говорите клиенту: «Из факта, что вы не удовлетворены своим нынешним поведением, я полагаю, что у вас есть какой-то стандарт для того типа реакции, которую вы хотели бы давать. Выберите такого человека — кого вы уважаете и кем восхищаетесь, — кто об-

230

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

ладает тем, что вы считаете важным для себя, кто реагирует уместно и элегантно и так, как вы сами хотели бы реагировать». Выбранная модель может быть настоящей или же вымышленной.

Шаг 2. Как только клиент выбрал модель, вы предлагаете ему пройти трехэтапную модель, чтобы инкорпорировать поведение модели в его собственный репертуар.

Этап 1. Предложите клиенту увидеть и услышать, как модель реагирует в ситуации, в которой он хочет иметь новый паттерн поведения. Вы предлагаете ему поднять палец «Да», когда он закончит это. После этого вы задаете вопрос: «Понаблюдав и послушав, как этот другой человек делает это, вы верите, что это именно тот тип реакции, которым вы хотите обладать?» Если ответ «Нет» — вы возвращаетесь и выбираете новую модель.

Этап 2. Если ответ «Да», то вы предлагаете клиенту поставить собственное изображение в этот фильм, озвучить его своим голосом и понаблюдать со стороны. Когда закончит, дать ответ «Да». Здесь клиент наблюдает и слушает, как сам осуществляет поведение, однако кинестетически он диссоциирован. Когда клиент заканчивает этот этап, вы спрашиваете: «Посмотрев и послушав, как вы сами делаете это, вы уверены, что хотите иметь это как часть своего

поведения?» Если ответ «Нет», то вы возвращаетесь назад и меняете поведение, пока оно не станет подходящим.

Этап 3. Если ответ «Да», то вы предлагаете клиенту буквально войти в образ и пережить событие в третий раз с точки зрения пребывания там и получения ощущений, связанных с той конкретной реакцией. Когда он сделает это, вы спрашиваете: «Было ли все это удовлетворительно?» Если ответ «Нет», то вы возвращаетесь и меняете поведение до тех пор, пока оно не

231

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

будет полностью удовлетворять клиента. Если ответ «Да», то вы проводите синхронизацию с будущим, как описано выше (шаг 4-5).

Краткая схема генератора нового поведения:

1. Выбрать ситуацию, в которой желательно новое поведение.
2. Выбрать модель.
3. Наблюдать и слушать, как модель ведет себя в ситуации.
4. Заменить изображение и голос модели своими (клиента).
5. Войти в фильм, чтобы испытать кинестетические ощущения.
6. Синхронизация с будущим: какой ключ будет запускать новое поведение?
7. Бихевиоральная проверка (тренировка).

12.5. ВОЗРАСТНАЯ РЕГРЕССИЯ

Возрастная регрессия — это своеобразный сдвиг времени в прошлое: на дни, недели, месяцы, годы, в период раннего детства. При этом в трансовом состоянии у клиента, вследствие диссоциации сознания и бессознательного, возникает двойная ориентировка: с одной стороны — он на сеансе у гипнотерапевта, с другой — нередко в ассоциированном состоянии (т.е. видит, слышит и чувствует как бы «непосредственно») переживает события прошлого, идентифицируясь со своим более молодым возрастом. Преследует три цели:

1. Углубление трансового состояния.
2. Поиск продуктивных ресурсов в личной истории клиента.
3. Поиск и последующее отреагирование раннего травматичного опыта (гипнокатарсис).

232

Глава 12. Методы использования трансовых состояний...

Существует множество способов индукции возрастной регрессии. Рассмотрим некоторые из них.

1. Возрастная регрессия с использованием цветowych якорей. Клиенту, находящемуся в трансовом состоянии, терапевт предлагает вспомнить приятную для него ситуацию и ассоциировать ее с цветом, буквально — «позвольте всем цветам, которые вы знаете, пройти перед вашим мысленным взором, и выберите цвет, который удивительным образом отражает ваше воспоминание. Когда полностью визуализируете картину воспоминаний, то дайте мне знать об этом (устанавливается сигналинг «да/нет». Всмотритесь внимательно в картину воспоминаний, буквально шагните в нее и послушайте звуки и шумы, которые сопровождают образы и создают приятную музыку воспоминаний. Ощутите все, что вы чувствовали тогда. И когда вы будете там, ассоциированы со своим приятным опытом, то дайте мне знать об этом известным вам способом».

Далее терапевт индуцирует «сдвиг во времени»: «Вспомните аналогичного цвета приятную ситуацию из вашего прошлого, ситуацию, которая вызывала те же чувства и тот же цвет... Буквально увидеть все, что тогда происходило,

обратить внимание на все детали, которые привлекают внимание теперь и не привлекали тогда... услышать звуки и почувствовать всем телом все то, что чувствовалось тогда... (и когда вы будете там, в картинке, то дайте мне знать об этом). Обратите внимание на яркость вашего цвета, насыщенность красок и вспомните приятную ситуацию из вашего детства, ситуацию, которая окрашена в тот же цвет, который вызывает расслабление и радость... помогает буквально шагнуть в свое воспоминание... (и когда вы будете там, в картинке, то дайте мне знать об этом).

Здесь важно заметить, что когда ваш клиент вспоминает первую ситуацию и рассказывает вам о ней, то

233

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

интонация его голоса практически не меняется (соответствует интонации взрослого), когда клиент вспоминает вторую ситуацию — его голос имеет более «молодую» интонацию, третья ситуация (воспоминания детства) — звучит детской интонацией. Индуцируя возрастную регрессию, терапевту целесообразно «прочистить свои сенсорные каналы» и сосредоточить свое внимание на всем, что происходит с клиентом, т.е. воспринимать клиента непосредственно, исключив собственные субъективные проекции и интерпретации.

2. Метод быстрой возрастной регрессии. Используя естественные якоря, терапевт, после наведения транса, предлагает клиенту вспомнить своего любимого персонажа из детства (героя сказки, любимую игрушку и т.п.). Буквально переместиться туда... в детство, и вспомнить как выглядит его любимый герой, какой он на ощупь (если это игрушка), в какие игры он играл... Вспомнить наиболее запомнившуюся ситуацию из игры, окружающую обстановку, звуки... И когда он будет там, в детстве, то дать знать об этом (сигналинг «да/нет»).

3. Метод возрастной регрессии с метафорой обучения. После наведения транса терапевт говорит клиенту нечто следующее. Очень приятно и интересно учиться входить в трансовое состояние... Вначале это напоминает учебу грамоте, когда изучаешь азбуку, смотришь на буквы... и вначале не знаешь их... Затем, когда буквы стали известными... очень интересно и забавно складывать их в слова... слова в предложения...

4. Один из способов проведения возрастной регрессии — это вызвать транс и предложить клиенту увидеть перед собой книгу времени. «И в этой книге будут фотографии всей вашей жизни, и страница, которой вы открыты сейчас, это полностью и совершенно ваш нынешний возраст. Но когда вы перелистываете страницу на

234

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

один год назад... вдруг и полностью вы оказываетесь там снова... чувствуя то, что вы чувствовали тогда и зная только то, что вы знали тогда, и ничего больше... искренне и полностью, так что вы можете перелистнуть назад одну страницу времени... за один раз, полностью и совершенно уходя назад каждый год... пока вы не вернетесь окончательно в возраст шести лет... так что когда вы окажетесь там полностью и совершенно... в возрасте шести лет... честно зная то, что вы знали тогда и *только* тогда... вы будете готовы продолжать... спонтанно... одна из ваших рук начнет подниматься *только* как знак для меня... что вам действительно 6 лет».

12.5.1. ВОЗРАСТНАЯ РЕГРЕССИЯ (АЛЬБОМ С ФОТОГРАФИЯМИ)

Мне бы хотелось, чтобы вы сейчас представили, будто перед вами лежит альбом с фотографиями. Этот альбом — коллекция всех приятных моментов вашей жизни, всех тех моментов, когда вы были счастливы, довольны собой и уверены в себе. Это альбом с фотографиями только приятных мгновений; он содержит все приятные события, которые случались с вами, начиная с тех

пор, когда вы были очень маленьким, вплоть до настоящего времени. Переворачивайте страницы альбома, пока не дойдете до одного из тех моментов, на котором вам хотелось бы сосредоточиться сегодня. Перелистывайте не спеша, пока не дойдете до особенно приятного момента, и дайте мне знать, когда вы найдете тот, о котором вам хотелось бы подумать сегодня.

Может быть, момент, когда вы были один... или с другими людьми. Возможно, особый случай или то, что случалось регулярно или на протяжении какого-то периода вашей жизни. Может быть, дома или где-то за городом. Просто не спеша просматривайте свою жизнь,

235

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

пока нужное — давным-давно прошедшее время или время, близкое к настоящему, обнаружится, а затем дайте мне знать.

Когда пациент подаст знак, переходите к следующему этапу. Хорошо. Теперь мне бы хотелось, чтобы вы воссоздали то событие и тот период вашей жизни так, как будто это происходит прямо сейчас. Дайте этому образу полностью овладеть вами и обратите пристальное внимание на все цвета и предметы вокруг вас, звуки, связанные с этим местом... Теперь вы, возможно, захотите рассказать мне об этом периоде вашей жизни или сохранить его в секрете. Вы хотите рассказать мне, о нем? Теперь, когда вы можете полностью пережить вновь этот момент вашей жизни (*пикник на берегу озера, летние каникулы, день рождения*), проведите здесь несколько мгновений для того, чтобы испытать все чувства, связанные с этим местом.

По мере того как эти чувства будут становиться все сильнее и сильнее, позвольте себе насладиться ими, насладиться ощущением силы, уверенности и согласия с

миром.

Теперь вы можете посмотреть вокруг себя и буквально увидеть место, которое манит вас к себе. Это место позволит вам получить доступ к внутреннему источнику силы и разума. Вы также можете почувствовать, что способны управлять своей жизнью, способны действовать и принимать решения, которые принесут вам удовлетворение и радость достижения цели. Вы можете наслаждаться чувством уверенности в своих силах и в то же время чувством растущей свободы. Почувствуйте, как приятны эти переживания. В будущем, чем чаще и регулярнее вы будете приходить сюда, тем сильнее сможете переживать эти чувства и тем в большей мере они начнут проникать в вашу повседневную жизнь, что принесет вам радость и удовлетворение.

236

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

12.6. ИДЕНТИФИКАЦИЯ В ГЛУБОКОМ ТРАНСОВОМ СОСТОЯНИИ

После наведения глубокого транса (у клиента должны легко проявляться внушенные положительные и отрицательные галлюцинации, амнезия) и проведения возрастной регрессии в возраст 4—5 лет терапевт говорит следующее:

«Посмотри внимательно, перед тобой (когда клиент в возрастной регрессии и ему «5 лет», то целесообразно говорить на «ты» — это поддерживает возрастную регрессию) забавная одежда... костюм... Это не мамина одежда... Это не похоже на папину одежду... Это не военная одежда... Я понятия не имею, чья это одежда... Это не имеет никакого смысла... Но вдруг, бессознательно... ты начинаешь забывать, что ты ребенок... и ты начинаешь превращаться в человека, которого ты не знаешь в свои шесть лет... но твое подсознание знает, кто это, и может взять тон голоса этого человека... реакции этого человека... движения только этого человека... и поведение только этого человека, так что в следующие 10 минут ты будешь сидеть там... и подсознательно развивать индивидуальность, основанную только на том, что

ты знаешь... об этом конкретном человеке... так что через 10 минут твои глаза... дрожа откроются и ты будешь полностью тем конкретным человеком».

■

12.7. АМНЕЗИЯ

После вывода клиента из транса — посмотреть на него и немедленно прокомментировать все, что угодно, за исключением того опыта, из которого он только что вышел. Например, можно сказать: «Обратите внимание, как тихо в комнате».

237

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Эту технику можно применять, когда вы даете клиентам «домашние задания». Произнесите набор инструкций, которые вы им даете в качестве домашней работы, и затем немедленно смените тему. У них будет амнезия на инструкции; однако, они, как правило, выполнят их. Со стороны сознательного разума не будет никакого вмешательства, если вы поступаете таким образом. Они не запомнят задание, поэтому не смогут как-либо «сознательно сопротивляться» его выполнению.

Структурированная амнезия играет важное значение, когда вы, по завершении сеанса, провожая клиента, даете ему инструкцию: измениться, принять решение. Вы можете поступать более скрытно, используя пресуппозиции. Например: «И когда мы встретимся вновь в следующую среду, чтобы продолжить нашу работу, я хотел бы, чтобы вы продолжили и указали, каково ваше решение, таким образом, чтобы это было особенно интересно для меня», — и сразу же, практически без паузы, сменили тему. Поскольку здесь непрерывность отсутствует (фактически это техника прерывания паттерна), имеется очень малая вероятность того, что будет запомнено происходившее перед прерыванием.

Другой способ получить амнезию — провести диссоциацию. Например, если человек специализирован преимущественно визуально, можно провести с ним перекрывающую индукцию и ввести его в кинестетическое состояние сознания. Когда он вернется к своему нормальному состоянию сознания, у него автоматически возникнет амнезия на свой трансовый опыт. У него не будет способа получить доступ к информации, потому что его сознание визуально, а переживания измененного состояния имеют кинестетическую основу.

Получать амнезию важно после того, как вы произвели с клиентом в трансе какие-то изменения или дали

238

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

процессуальную инструкцию. Если клиент сознательно не помнит, то новому поведению будет проще появиться без сознательного вмешательства. С этой целью можно применить вербальное внушение диссоциации между сознательными и бессознательными процессами человека, чтобы получить амнезию. Вы можете сказать: «И пока вы сидите там... я планирую говорить с вами... и чем дольше вы меня слушаете... тем меньше вы будете понимать своим сознательным разумом... тем больше вы будете понимать своим подсознательным разумом... потому что я разговаривая с вашими ушами...»

Следующий способ словесно внушить амнезию. Прежде чем вы выводите клиента из транса, вы говорите: «И ваш подсознательный разум... может рассортировать все... что здесь произошло... так, чтобы он мог позволить вам... знать лишь те части происшедшего... которые, как он считает... вам было бы полезно знать... потому что может быть... так чудесно обнаружить... что вы пользуетесь новыми способами... и не знаете, откуда они взялись».

12.8. РАБОТА С АБРЕАКЦИЯМИ

Абреакции — это интенсивные неприятные реакции, возникающие иногда, когда человек входит в транс.

Один из бессознательных механизмов, заставляющих людей специализироваться преимущественно в одной репрезентативной системе с частичным исключением других, состоит в том, что они накопили неприятные переживания в других репрезентативных системах, исключаемых из сознания. В терминах психоанализа — это вытеснение, в терминах гештальт-терапии — незавершенный гештальт.

В трансовом состоянии репрезентативная система, в которой обычно функционирует человек, «отключает»

239

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

есть» и активизируются системы, находящиеся в латентном состоянии. В результате этого аффективно заряженные комплексы (в терминологии К.Г. Юнга) всплывают на поверхность.

Таким образом, абреакции — повторное переживание травматического опыта, возникающее естественно при внезапном раскрытии системы, содержащей болезненный или непосильный материал из прошлого.

Техники работы с абреакциями:

1. Для того чтобы уменьшить негативные переживания клиента или же вовсе исключить их, можно перевести клиента в другую репрезентативную систему, находящуюся вне сознания.

2. Присоединение к переживаниям клиента с последующим проведением «рефрейминга содержания» — вы берете реакцию и помещаете ее в более широкий контекст, в котором реакция и само переживание становятся уже позитивным основанием, на котором можно построить другие реакции. Вы говорите буквально следующее: «Вы испытываете чувство дискомфорта и оно очень неудобно... И вы плачете... и эти слезы олицетворяют дискомфорт... В то время когда вы вспоминаете эти чувства и они вновь входят в ваше тело... я хотел бы, чтобы вы подумали о следующем... У каждого из нас в жизни было много, много переживаний, которые мы отметили как неприятные... Часто эти неприятные переживания формируют основу... для более поздних способностей... и изменений... Переживая вновь этот опыт из прошлого... вы образуете основу для нового положительного опыта... из которого вы можете породить новое... более адекватное поведение в настоящем и будущем».

3. Перевод клиента в диссоциированное состояние. «Я хочу, чтобы вы, сидя здесь и... испытывая чувство любопытства и комфорта, посмотрели на себя

240

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

в более молодом возрасте... в то время и в том месте... где все произошло... с чувством комфорта и знания от того, что вы пережили это». Диссоциированное состояние позволяет снизить интенсивность переживаний и оценить травматичный опыт с более взрослой позиции, позиции, в которой может быть ресурс, необходим в период травматического опыта. Также здесь можно применить технику инкорпорации: «И как приятно вспоминать неприятные события из прошлого и испытывать чувство удовлетворения от того, что они пережиты... так что им больше никогда не надо происходить».

12.9. МЕТАФОРА В ЭРИКСОНОВСКОМ ГИПНОЗЕ

Люди научились понимать свое место в мире и общаться друг с другом, с пользой оперируя символами и метафорами. Метафору можно определить как сообщение, в котором объект описывается или выражается на языке другого объекта. В результате на описываемый объект проливается новый свет и удается узнать о нем нечто новое.

Метафора — хороший способ обращения к бессознательной психике, правому полушарию мозга. Многие психотерапевты обращаются к образам старого мудрого учителя, творца, старой бабушки, древней, покрытой пылью книги и т.д., представляя себе бессознательное человека, и рассказывают какую-нибудь историю, где персонаж, с которым пациент будет идентифицироваться,

получает некую новую информацию из этого источника и может использовать ее для решения своей проблемы. Поскольку в этих случаях терапевт не предлагает никакой определенной стратегии, то на вопрос пациента, в чем состоял секрет или что сказала старая книга, терапевт просто пожимает плечами и

241

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

отвечает: «Я не знаю, мне этого не рассказывали». (В гештальт-терапии это «незавершенный гештальт», имеющий здесь стимулирующую роль в поиске на уровне бессознательного и использование конструктивных внутренних ресурсов клиента.)

Терапевту необходимо воспринимать язык тела и сами симптомы как метафорическое выражение клиентом того, что с ним происходит. Например, если подросток с избыточным весом имеет властных родителей, то полезной может быть подстройка к нему с помощью высказываний:

- «Вам, возможно, много приходится проглатывать от ваших родителей».
- «Вам должно быть трудно переварить все, что происходит в вашем доме».

Если у молодого человека появилась заметная сыпь, не стоит обсуждать это в традиционной манере, можно его просто спросить: «Кто скрывается под вашей кожей на этой неделе? »

Вы будете удивлены незамедлительным ответом клиентов на вопросы, заданные с учетом метафорического истолкования их симптомов и на таком же метафизическом уровне.

Когда вы работаете с людьми над конкретными вопросами их здоровья, следует обратить внимание на «язык органов»: метафорические высказывания людей относительно своего здоровья, частей тела. Подсознание часто *буквально* интерпретирует язык и усиливает симптомы, «предложенные» человеком в его речи.

Чтобы использовать это в работе, подумайте, как «язык органов» может каким-то образом соотноситься с настоящей проблемой человека, и начинайте использовать его в ваших высказываниях о нем. Наблюдайте за физиологическими реакциями человека, что даст вам знать, что вы близко подходите к актуальной проблеме-

242

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

ме. Его подсознание ответит вам. Далее приводятся примеры, но **следует помнить, что это только метафорические образы.**

Кожные проблемы:

У вас чешутся руки что-то сделать?

Что-то вас раздражает как заноза под кожей?

Вы чувствуете, что вам нужно «выцарапывать» средства на жизнь?

Проблемы с желудком, язва:

Что-то вас гложет?

От кого-то или от чего-то вас тошнит?

То, что вы делаете, поглощает вас целиком? («с потрохами»).

Кишечник:

Вы всегда сдерживаетесь?

Вам приходится себя держать в узде?

Вы придерживаетесь своих проблем?

Вес:

Вы переполнены чувствами?

Есть ли у вас что-то лишнее, отягощающее вас?

Есть ли у вас тяжелые проблемы?

Сердце:

Кто-то (что-то) разбивает ваше сердце?

Вы переживаете одну сердечную муку за другой?

Чувствуете ли вы иногда «камень» на сердце?

Метафору и «язык органов» можно применять как диагностическое средство. Следует помнить, что не обязательно метафора вызывает болезнь, может быть наоборот, болезнь отражается в метафоре. Так или иначе, метафора дает вам очень важную информацию в работе с клиентом.

Следует отметить, что многим клиентам внушения лучше делать в метафорической форме, чтобы избежать исходной защиты симптома. Например, если пациент «попал в тупик» на данном жизненном этапе и просто

243

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

не способен на более здоровые изменения, терапевт может дать ему метафорическое указание пойти домой, выбрать в доме одну комнату и полностью изменить ее. Директива включает инструкцию «выносить из комнаты каждую вещь отдельно, а не перетаскивать от одной стенки к другой», затем «собрать» обстановку комнаты каким-то другим образом. Очень немногие пациенты, прилагающие усилия в ходе терапии, затрудняются выполнить это задание, даже если у них имеются существенные проблемы со значительными изменениями в их жизни. Удивительно, но после того, как пациент последовал метафорическому указанию, изменение жизненных обстоятельств происходит с поразительной легкостью и так, что пациент скорее чувствует себя ответственным за их появление, чем думает, что выполняет указания терапевта.

Здесь уместен пример так называемой «черной магии», где метафора применяется довольно широко. Вот, к примеру, к магу приходит человек с жалобой на безволие и невозможность добиться своей цели в жизни. Маг дает указание: «Найти гнездо дрозда, в гнезде дрозда — красный камень. Затем взять сердце лягушки, кровь ласточки, растереть камень и принимать по одной капле в день». Чтобы найти гнездо дрозда с красным камнем, необходимо приложить достаточно усилий, и к тому времени, как человек найдет искомое гнездо, «сила воли» уже будет достаточно развита, так что останется только закрепить ее якорем из предлагаемой смеси.

Еще один вариант метафорической коммуникации включает указание оказаться в определенном месте (в период транса): например, можно предложить клиенту в *воображении подняться вверх к подвалам их психики или спуститься вниз к ее чердаку* (техника замешательства) и определить, как размещены некото-

244



ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

рые ненужные предметы, которые там хранятся. При этом пациенту предлагают заметить, какого цвета эти предметы, формы, размера. Здесь важно внушать некоторые свойства этих лишних вещей, которые по-своему бы соответствовали симптомам пациента. На-I пример, пациенту с избыточным весом можно сказать, что багаж занимает много места и тянет человека вниз. Или сообщить пациенту, что у многих людей чердаки и подвалы переполнены лишними вещами и что они могут захотеть избавиться от одного-двух предметов прямо сейчас. Терапевт говорит клиенту, что иногда люди точно знают, что из внутреннего багажа лишнее, а иногда люди знают только, что багаж хранится, но его содержимое им неизвестно. В первую неделю таким пациентам дается задание просто составить опись имущества в доме и выяснить что-нибудь об этих лишних вещах. На следующей неделе или иногда даже во время транса терапевт дает указание брать по одной из этих вещей и находить способ освободиться от нее. Одновременно проводится много альтернативных внушений, чтобы помочь в выполнении задания.

Терапевт говорит, что некоторые люди в своем воображении выходят на задворки своего дома, где стоят мусорные баки, кладут в них вещи и ожидают, когда приедут вывозить мусор. Другие складывают все в сумки, отправляются в туалет и спускают все в канализацию. Некоторые относят хлам на свалку сами и сваливают его туда. Терапевт говорит при этом клиенту, что точно не знает, как поступит клиент, но сейчас, в состоянии транса, или дома, в сновидении на этой неделе, они смогут найти способ избавиться от лишнего багажа.

В последующие недели пациенты сообщают о поразительной продуктивной работе, которая как бы меж-

245



ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ду прочим, произошла у них. Обычно пациенты даже не осознают связи между метафорическим фантазированием, которое они переживают в трансе или во сне, со своими поведенческими изменениями в остальное время.

12.9.1. МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ИСТОРИИ

Метафорические истории составляют, руководствуясь принципами параллелизма и изоморфизма. Имеется в виду, что важные элементы рассказанной истории должны по форме совпадать с фактами жизни пациента. Это относится к основным обстоятельствам, возрасту, полу, семейным отношениям, роду занятий и т.п. — чтобы рассказ позволял подстраиваться к конкретной ситуации пациента. Например, существует несколько метафор семьи:

- Капитан корабля, первый помощник и команда.
- Директор школы, его заместитель и учителя.
- Тренер команды, его помощник и игроки.

При рассказывании метафорических историй терапевту необходимо следить за тем, чтобы его поведение было конгруэнтным, тогда эти истории будут работать. Многие опасаются, что эти истории или другие косвенные техники могут быть замечены пациентом. Практика подтверждает обратное. Начинающему психотерапевту следует помнить следующее: для того чтобы знать, какими возможностями и силой воздействия обладают эти техники, необходимо испытать их. Сидеть, анализируя, оттачивая методы и строя гипотезы о том, к чему это может привести, — недостаточно для подтверждения эффективности этих техник. Вам будет не хватать для этого сенсорного опыта, который приобретается только в тренировке. Чтобы эти техники работали, необходимо их проводить энергично, эффективно.

246

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

конгруэнтно, с уверенностью, что они обязательно дадут результаты.

Ирония заключается в том, что терапевту важно помочь клиенту забыть сообщения, переданные косвенным образом. Поскольку «соль» косвенного воздействия в том, что оно адресовано правому полушарию (или бессознательной психике), важным результатом проделанной работы, которого желает терапевт, является такое состояние клиента после сеанса, при котором он сознательно анализирует использованные техники или рассказанные истории, пытаясь осознать сообщение. Для этого терапевт при наведении транса использует техники, способствующие забыванию (структурированная амнезия).

Терапевту необходимо помнить, что никогда не следует прорабатывать с клиентом материал на сознательном уровне. Если терапевт, занимаясь косвенным воздействием, рассказывает прекрасные истории и использует элегантные косвенные техники, а затем теряет веру в них и немедленно объясняет пациентам их значение, то эти косвенные воздействия становятся

для клиентов ничем иным, как только параллельным примером к сознательной работе.

12.9.2. РАССКАЗЫВАНИЕ ИСТОРИЙ

С древних времен в истории человечества рассказывание историй как в устной, так и в письменной форме помогало передавать достижения культуры, социализировать молодых, оказывало помощь в решении проблем. Почти все религии основывались на искусстве повествования и поддерживали его. Это искусство имеет некоторые свойства, позволяющие использовать его в гипнотической работе. История, рассказанная с соответствующими интонациями, верными позами и же-

247

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

стами рассказчика, побуждает воображение (функция правого полушария) буквально рисовать рассказанную историю, и переживаемый опыт можно считать трансом. Второе достоинство рассказывания историй состоит в том, что у терапевта появляется возможность метафорически преподнести стратегию изменений, касающуюся конкретной проблемы, и сделать это таким образом, чтобы не вызвать сознательного сопротивления клиента.

12.9.3. ПРАВИЛА РАССКАЗЫВАНИЯ ИСТОРИЙ

1. Историю следует рассказывать непреднамеренно, почти в виде отступления от терапевтического контакта. Следует помнить, что когда клиент садится беседовать о своих проблемах, его защиты наготове. Но перед началом сеанса или после его окончания, а также во время «случайного» перерыва защиты клиента естественным образом ослабевают и вы можете приступить к рассказыванию истории. В этот период клиент буквально открыт и сознательно и бессознательно для того, что вы хотите ему сказать.

2. Для рассказа должно быть какое-то разумное основание. Многие терапевты начинают истории со слов: «Знаете, я много думал о вас в последнюю неделю и мне вспомнился случай...»

3. Никогда не анализируйте и не обсуждайте историю с клиентом, а сразу после ее окончания переходите к другой теме.

12.9.4. ТЕХНИКА «ТРОЙНАЯ СПИРАЛЬ ЭРИКСОНА» в РАССКАЗЫВАНИИ ИСТОРИЙ

Спираль состоит из трех не связанных между собой маленьких историй. И на практике это выглядит следующим образом.

248

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

Вы начинаете рассказывать первую историю, и в момент, когда подходите к самому интересному, без всякой связи переходите ко второй истории.

Рассказываете вторую историю опять до кульминационного момента и вновь без связи переходите дальше. Третья история должна содержать собственно текст внушения, предпочтительно, если он будет составлен при помощи техник манипуляции сознанием (аналоговое марширование). Итак, вы произносите третью историю, одерживающую текст внушения, и без перерыва возвращаетесь ко второму рассказу, завершая его. После этого заканчиваете первую историю с того места, где прервали ее. Обратите внимание на детали, здесь важно все. Если вы просто, бессистемно перескакиваете с одного на другое — это не тройная спираль — это забалтывание. Если вы делаете большие паузы между историями — это не спираль — это пять, непонятным образом, связанных изречений, конечно эффект будет, хотя бы из-за того, что вы вызовете замешательство у своего собеседника — такого он наверняка еще не слышал, что ж, используйте замешательство для своей пользы.

Секрет тройной спирали Эриксона в том, что сознание уплывает вслед за содержанием рассказов, по-; этому они должны быть интересными для слушателя. А когда вы перескакиваете с одной истории на другую — сознание запутывается. Сознание обречено во всем искать смысл. И в это время вы вставляете свое внушение. В этот момент запутывавшееся сознание

беспомощно. И внушение попадает прямо в подсознание, что нам в общем-то и требовалось.

12.9.5. Способы составления историй

Истории составляются двумя способами. К первому типу относятся истории, несущие стратегию изменений, которую вы хотите внушить клиенту.

249

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Истории второго типа не заключают в себе стратегии изменений, нередко потому, что вам неизвестно, что пациенту нужно делать. Они скорее обращены к правому полушарию, бессознательной психике, которая рассматривается как творческая часть каждого человека. Именно с ее помощью должны быть решены проблемы, которые стоят перед клиентом.

Истории для каждого клиента необходимо готовить заранее. «Специалисты не рассказывают импровизированных историй».

Другой тип метафоры, которая извлекает у клиента мощную реакцию, является по своей сути командой сделать что-либо или избежать чего-то. История этого типа извлекает реакцию, не обязательно соответствуя чему-то в жизни человека. Например, вы можете рассказать историю о том, как один ваш знакомый был убежден в своей правоте относительно способа делать что-то. К примеру: «Мой клиент, работающий электриком, рассказал историю, которая приключилась с его другом. Его друг был очень самоуверенный в себе человек. Однажды он в составе бригады электриков монтировал электрическую сеть на одном из заводов. Каждый из членов бригады имел свое мнение и свои идеи, как и что делать. Он хотел сделать что-то с трансформатором, что, по мнению остальных членов бригады, было невозможно. Когда они не согласились, он закричал на них и сказал, что вообще не собирается тратить время зря, разговаривая с ними. Он сказал, что они не знают и не понимают, что он умнее, чем они. Так что он взялся подключать трансформатор один. Подключил его, щелкнул выключателем. Его ударило электрическим током и убило».

Этот тип метафоры извлекает реакцию избегания чего-либо. Такой тип метафоры особенно эффективен,

250

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

если вы используете универсальные истории для извлечения реакций. Под универсальными понимаются истории, которые имеют отношение ко всем и на которые все могут отреагировать одинаково. Почти каждому доводилось любить какую-то пищу, и потом не любить ее, или наоборот. Когда вы это описываете клиенту,

Почти все отреагируют одинаково: получением доступа к опыту, указывающему, что спонтанные изменения возможны. Милтон Эриксон часто говорил со своими клиентами о том, на что это похоже — быть маленьким ребенком. Он говорил: «И когда вы были очень маленьким ребенком, и вы впервые учились ползать, вы видели пальцы ног и ножки стола, и мир выглядел определенным образом. И когда вы впервые встали, у вас был совершенно новый набор впечатлений о мире. Мир для вас выглядел по-другому. Когда вы наклонялись, смотрели снизу вверх или между своих ног назад, мир / снова выглядел по-другому. Вы можете получить для себя новое восприятие, в то время как вы изменяете свои способности. И в то время, как вы изменяете свое восприятие, у вас есть возможность обрести новые способности».

Такого рода описание на самом деле есть инструкция сделать нечто для изменения своего восприятия.

И Когда вы рассказываете такого рода историю, неважно, происходили ли вещи на самом деле таким образом. Важно лишь то, что если взрослые оглядываются на то, каково это было — быть ребенком, то кажется, как будто

это должно было происходить. Это значит, что взрослые одинаковоотреагируют на такого рода с историей.

Ваша задача — составить такую историю, после прослушивания которой слушатель сделает именно тот

251

I

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

вывод, который нужен вам. Вообще-то можно долго говорить о том, как именно надо составлять истории для использования транса. Конечно, нужно привлечь внимание собеседника и удержать это внимание — поэтому вы насыщаете свою историю подробностями о месте и времени действия, о действующих лицах. История должна иносказательно описывать проблему, с которой столкнулся ваш партнер, и пути решения этой проблемы (причем надо описывать все основные моменты, с которыми встретится партнер, решая проблему). Придумать подходящую тему и составить историю — хорошее творческое задание. Лучше, чтобы в истории был какой-то юмор (кстати, юмор считается одним из компонентов эриксоновского гипноза).

Я приведу вам пример, эффективно сработавший в медицинской практике. Однажды меня попросили поработать с одной женщиной, которая собиралась рожать и очень боялась болей при родах. Я решил не говорить ей, что боли не будет, поскольку это было бы инструкцией с отрицанием. Я погрузил эту женщину в транс и начал долго и скучно рассказывать ей о том, как течет вода по резиновому шлангу. Шланг имеет эластичные стенки, которые могут расширяться. Если в этот шланг попадает камешек, то под напором воды камешек постепенно будет выходить, потому что давление будет очень сильным, а шланг при этом будет расширяться еще больше... И рано или поздно он расширится настолько, что камешек начнет выходить быстро... Но когда камешек будет выходить, шланг еще растянется — он ведь эластичный и что может чувствовать шланг? Ему все равно! Он просто растягивается и растягивается, он ведь для этого и приспособлен... И когда камешек полностью выйдет, шланг опять примет свою обычную форму... Что он

252

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

может при этом чувствовать?.. Одно только растяжение... и удовольствие оттого, что его форма становится прежней.

Женщина была удивлена моей историей — но еще больше она удивилась тогда, когда при родах не чувствовала никакой боли.

Второй пример я взял из книги Лесли Камерон-Бэндлер. У нее был пациент с преждевременной эякуляцией (быстрое семяизвержение при половом акте), и этому пациенту она рассказала такую историю... Когда вы путешествуете на машине, вы можете ехать очень быстро, выбирая из экономии самую короткую дорогу... Но иногда вам может стать интересным то, что происходит по дороге, и тогда вы можете выбрать более длинный путь... И вы можете наслаждаться всем тем, что вы видите, проезжая по дороге... Вы можете наслаждаться тем, что вы слышите и чувствуете... И тогда вы замедляете скорость, и вам становится все интереснее и интереснее... Чем медленнее скорость, тем больше приятных переживаний вы имеете, тем больше приятных ощущений... В какой-то момент можно во-| обще остановиться и наслаждаться тем, что происходит здесь и сейчас...

12.10. МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С АЛГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Алгический синдром — это сигнал мозгу об опасности, которая имеется в теле. Боль играет существенную роль, предупреждая человека об опасности, но нередко бывает так, что алгический синдром продолжается длительное время и приносит человеку страдания (например, хронические болезни, травмы). Поскольку боль — это кинестетическое ощущение, то устранить

253

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ее можно, буквально «переключив» клиента в другую модальность.

Другим важным условием работы с болью является обеспечение контекста, в котором естественной реакцией является *избежать боли*.

12.10.1. СОЗДАНИЕ МОЩНОГО МОТИВА

В СОЧЕТАНИИ С «ДОМАШНИМ ЗАДАНИЕМ»

НА ДИССОЦИАЦИЮ

Психотерапевт говорит пациенту буквально следующее: «Видите ли, эта техника работает только со зрелыми и умными людьми, кто способен видеть вещи с различных точек зрения. Кстати, по мнению Жана Пиаже (*или любого другого неизвестного для клиента авторитета в психологии*), это действительно так. По Пиаже, чем с большего количества точек зрения человек может описать объект, тем выше у него интеллект. Есть одна вещь, в которой я предлагаю вам попрактиковаться дома, потому что на следующей неделе я собираюсь устроить вам настоящую проверку, чтобы выяснить, насколько вы зрелы и поможет ли вам этот прием. Все, что вам необходимо сделать — это выяснить, как бы вы выглядели, лежа в своей постели: сначала с перцептуальной позиции в одном углу комнаты, потом с позиции в противоположном углу, а потом из каждой точки между ними. В следующий раз, когда мы с вами встретимся, я выберу произвольно одну позицию и попрошу вас подробно ее нарисовать. Имея ваш рисунок, я проведу измерения и вычислю коэффициент вашего интеллекта. И только после этого решу, будем ли мы с вами заниматься».

Таким образом у клиента создается мощный мотив на терапию. Выполняя домашнее задание, клиент диссоциируется от боли, так как боль находится в кинес-

254

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

тетической модальности, а домашнее задание он выполняет в визуальной. Происходит своего рода визуально-кинестетическая диссоциация. Важным является выбор продолжительности периода для выполнения домашнего задания до следующего приема клиента. По нашим наблюдениям, он не должен превышать 5-7 дней.

12.10.2. ИМПЕРАТИВНОЕ ВНУШЕНИЕ

В трансовом состоянии вы проводите диссоциацию сознательного и бессознательного разума, говоря буквально следующее: «А сейчас я буду разговаривать с вашим мозгом... исключительно с мозгом... Как только мозг будет готов говорить со мной... и ни одна сознательная часть не будет знать ничего... о том, что происходит... ваш рот откроется и скажет «Да»... После того как вы получаете сигнал «Да», вы продолжаете: «Сейчас, я обращаюсь непосредственно к мозгу... боль очень ценная штука... она позволяет знать тебе... когда нужно обращать внимание на что-либо... Эта рана (заболевание и т.п.) возникла уже давно, так что сигнал уже поступил... до тех пор, пока ты не придумаешь что-то важное... как исцелить рану... надо погасить боль... (*двойная психотерапевтическая связь*). Готов ли ты погасить боль... пока не найдешь способ исцелить рану?.. После идеомоторного ответа «Да» психотерапевт продолжает: «Погаси боль сейчас... и возьми только тогда, когда она будет нужна».

12.10.3. МЕТАФОРИЧЕСКОЕ ОВЛАДЕНИЕ БОЛЬЮ

После наведения транса достаточной глубины и установления идеомоторной системы «Да — Нет» психотерапевт говорит следующее: «Вы знаете, что работа нашего мозга похожа на устройство и работу компью-

255

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

тера... есть жесткий диск... на котором записаны программы... есть

клавиатура, посредством которой можно управлять программами... представьте свой мозг в виде компьютера с клавиатурой... когда полностью представите, то дайте мне знать об этом... После получения сигнала «Да» психотерапевт говорит: «А теперь обратите внимание на клавиши... эти клавиши разноцветные... многие из них имеют любопытный цвет... и это те клавиши... которые включают важные функции нашего организма... есть клавиши другого цвета... и эти клавиши назначены для выключения некоторых функций... обратите внимание на одну из клавиш... это клавиша, которая выключает сознание человека... эта клавиша у вашего компьютера находится в нажатом состоянии... потому что вы находитесь в гипнотическом состоянии... а теперь поищите клавишу, которая включает боль... эта клавиша также в нажатом состоянии... боль очень важна для человека... она сообщает о сигнале тревоги... о вашей проблеме мозг знает уже давно... он своевременно получил этот сигнал... другое дело, что он забыл нажать клавишу *выключено боль*... нажмите на клавишу *выключено буквально сейчас... выключите боль*... после того как вы вдавите клавишу *выключена боль*, дайте мне знать об этом... После получения сигнала «Да», психотерапевт продолжает: «А теперь вы можете внимательно посмотреть на клавиши... и вас удивит... что вы легко обнаружите клавишу... которой включается программа исцеления... нажмите клавишу программы исцеления... когда нажмете, то дайте мне знать об этом... После сигнала «Да»: теперь, когда выключена боль... и включена программа исцеления... я хотел бы, чтобы ваш мозг включил боль только тогда, когда это необходимо и только после того, как программа исцеления будет работать на всю мощь».

256

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

12.11. МЕТОДЫ РАБОТЫ С КЛИЕНТАМИ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Нередко люди страдают от результатов прошлого травматического опыта. Многие женщины, подвергшиеся изнасилованию или нападению, впоследствии имеют проблемы с мужчинами — не с мужчинами, напавшими на них, а с их мужьями и любимыми. Эти женщины снова и снова восстанавливают свои неприятные переживания. Иногда они даже не могут жить в доме, в котором жили, или идти по улице. Их реакция бывает настолько сильна, что когда в настоящем возникает нечто, связанное с травмой, их переполняют чувства, уместные лишь в самом пережитом эпизоде. Это характерно, в частности, для так называемых фобических реакций.

Данное обстоятельство послужило поводом для выделения в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) соответствующей рубрики **F43.1 Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)**.

Посттравматический стрессовый синдром представляет собой отставленную по времени или затяжную психогенную реакцию на травмирующее событие или ситуацию. Обстоятельства, воздействующие на психику человека в этих случаях, носят реально угрожающий жизни или катастрофический характер.

К ним относятся: природные катастрофы, серьезные техногенные аварии, участие в военных сражениях, несчастные случаи и т.п.

Клиническая картина таких состояний проявляется повышенной возбудимостью, нарушением сна с изменением ритма сон—бодрствование, легким возникновением страхов и опасений за себя и своих родных. Эти проявления наблюдаются на фоне депрессивного настро-

Э. В. А. Ружеиков

257

Основы клинической гипнотерапии

ения с тревожностью. В течение расстройства нередкими бывают

суицидальные попытки.

Больные с посттравматическим стрессовым синдромом часто начинают злоупотреблять алкоголем и наркотиками с целью уйти от постоянных неприятных переживаний и угнетенного настроения.

Типичными для ПТСС, особенно в его начале, являются повторные навязчивые воспоминания об обстоятельствах катастрофы или эпизодах сражений, иногда с визуализацией представлений. Характерны также сновидения, в которых отражается содержание перенесенной психической травмы.

Частный вид ПТСР — синдром травмы изнасилования. В его проявлениях выделяется две фазы:

Первая — острая, возникает непосредственно после изнасилования и заключается в истерической реакции с рыданиями, криками, чувством отчаяния или с оцепенением, отказом от общения, чувством страха.

Вторая фаза наступает спустя несколько дней и содержит все перечисленные выше основные симптомы ПТСС.

Иногда в рамках синдрома травмы изнасилования возникает тяжелая депрессия с суицидальными тенденциями и попытками. Характерным является ухудшение состояния больной после повторных воспоминаний о травмирующих событиях (в частности, после допросов, проводимых следователем).

В ряде случаев синдром травмы изнасилования принимает затяжное течение, длится несколько лет и требует психиатрического и психотерапевтического лечения.

При терапии пациентов с ПТСР бывает трудно найти субъективное позитивное переживание, достаточно сильное для того, чтобы его можно было противопоста-

258

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

вить страху или горю, типичным для ПТСР. Необходимо найти способ убрать интенсивность переживания, насколько это возможно.

Одно из средств успешного решения задачи — помочь пациенту отделиться, диссоциироваться от чувств, связанных с травмой. В этих случаях применима трехместная визуально-кинестетическая диссоциация.

Эта процедура позволяет выделить часть опыта, так что можно пережить его заново по-другому. Вы предлагаете клиенту начать переживание, а потом выйти из него, чтобы он мог *видеть себя*, как он это переживает. Клиент слышит то, что происходило в тот раз, но наблюдают за собой, переживая событие, как если бы они смотрели фильм. (Здесь используется кинестетическая диссоциация, так что клиент «испытывает чувства по поводу испытываемых чувств».)

Техника предполагает, что человек будет наблюдать себя с третьей позиции, а именно: глядя на себя, который вспоминает и видит себя в травматическом опыте.

12.11.1. ТЕХНИКА ТРЕХМЕСТНОЙ ДИССОЦИАЦИИ В ТРАНСОВОМ СОСТОЯНИИ

1. *Установите сильный якорь для устойчивого состояния комфорта.* (Клиенту дается примерно следующая инструкция: «Вспомните ситуацию, когда вы повели себя так, что считаете это отличным проявлением всех ваших возможностей взрослого человека. Это может быть ситуация, когда вы были особенно довольны собой. Возьмите столько времени, сколько необходимо, и найдите такую ситуацию. Когда найдете, то дайте мне знать. В тот период следует наблюдать за ключами доступа. Если это визуальная конструкция, то следует попросить пациента войти внутрь образа, чтобы действительно попасть в ту ситуацию, где он чув-

259

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ствовал и вел себя как зрелая личность. Пережить этот опыт в трех репрезентативных системах». Когда пациент почувствует силу и уверенность, которые ассоциируются у него с этой ситуацией, его просят протянуть свою левую руку и коснуться руки психотерапевта (взять в свою руку руку психотерапевта). Таким образом устанавливается якорь ресурса.)

2. *Закрепление якорем травматического переживания* (с тем, чтобы иметь к нему доступ в любой момент).

С этой целью клиенту говорят: «Вспомните, что с вами произошло». Когда пациент получит доступ к травматическому опыту, ставят кинестетический якорь — например, дотрагиваются до другой руки.

3. *Первичная диссоциация*. Удерживая ресурсный якорь, слегка активизируя якорь травматического опыта, просят клиента вернуться в прошлое и увидеть диссоциированную картину травматического опыта. Для чувства безопасности ему предлагают активизировать ресурсный якорь, когда это будет необходимо, и вернуться в прошлое, пока перед глазами не встанет картина, в которой он увидит себя отсюда (т.е. диссоции-рованно) в более юном возрасте, в одежде определенного цвета, в определенной травматической ситуации. Если у клиента возникают затруднения, то можно помочь ему достроить картину путем наложения репрезентативных систем.

4. *Вторичная диссоциация*. Убедившись в том, что клиент полностью удерживает травматический образ и сохраняет с помощью якоря чувство силы и уверенности, терапевт диссоциирует его вторично. Клиента просят не торопясь «выплыть из своего тела» и разместиться в каком-либо месте комнаты, увидеть себя со стороны; увидеть, как он сидит и держит терапевта за

260

ГЛАВА 12. МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ...

руку. Когда эта трехместная диссоциация совершена, необходимо взять ее на якорь.

5. *Пересмотр травматического опыта с третьей позиции*. Оставаясь в этой третьей позиции клиент получает инструкцию внимательно наблюдать и слушать, что тогда произошло с ним более юным. Он делает это, сохраняя чувство силы и уверенности, поскольку у него имеется ресурсный якорь, который избавляет его от беспокойства и говорит, что он здесь.

Кроме того, это исключительно тонкий механизм обратной биосвязи. Ощущая температуру и влажность руки клиента, интенсивность давления, терапевт получает огромное и необходимое количество информации о сложных внутренних переживаниях.

Теперь клиент с этой третьей позиции разрешает себе более молодому пережить ту травматическую ситуацию в последний раз. Пользуясь ресурсом, он воспринимает травматический опыт по-новому.

При этом конкурирующие чувства комфорта и уверенности (заякоренный ресурс) ассоциируются с ауди-альными и визуальными стимулами из прошлого.

Теперь клиента необходимо интегрировать (ассоциировать с самим собой).

6. *Техника и последовательность интеграции*. Когда переживание полностью просмотрено, терапевт предлагает клиенту вернуться с третьего места на второе (так что визуальная перспектива интегрируется с действительным положением тела пациента).

7. *Интеграция с редуцированным травматическим опытом*. Терапевт просит клиента «подойти» к себе младшему, тому, кто прошел через травматическое переживание, протянул руку и, используя все имеющиеся ресурсы взрослого человека, успокоить его и заверить, что ему больше не придется это пережить.

261

Основы клинической гипнотерапии

Поблагодарить его за то, что он в последний раз испытал ради вас эти чувства. И когда на лице, в позе и дыхании вы увидите, что он (более молодой) убедился в том, что с этого момента вы будете там, чтобы заботиться о нем, протяните руки, возьмите его за плечи и крепко прижмите к себе, так чтобы вы почувствовали, что он буквально входит в ваше тело.

Если в какой-то момент клиент соединяет реальности и вновь начинает переживать травматические чувства, верните его обратно в настоящее. Восстановите первоначальный сильный якорь позитивного состояния и начните сначала. В некоторых случаях процесс приходится повторять 3-4 раза.

личность

ГИПНОТЕРАПЕВТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В ГИПНОТЕРАПИИ

ГЛАВА 13

ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ

ГИПНОТЕРАПЕВТА

Личность психотерапевта выделяется почти во всех теоретических системах как важнейшее целительное средство. Известный английский психоаналитик М. Балинт (1957) говорил о том, что психотерапия — это не теоретические знания, а навыки личности. З. Фрейд на вопрос о критериях успешности деятельности психотерапевта ответил, что психоаналитику не обязательно медицинское образование, а необходимы наблюдательность и умение проникать в душу клиента. Итак, по существу основная техника психотерапии — это «Я как инструмент».

Психотерапию принято считать необычной профессией, поскольку многим людям трудно представить, как можно целыми днями выслушивать истории о чужих проблемах. Поэтому представителей этих профессий считают или ненормальными, или мирскими святыми, преодолевшими человеческую ограниченность. Ни первое, ни второе не является верным.

Итак, вопрос: кто такой психотерапевт? Что он представляет собой как человек? Какие требования предъявляются к нему как к личности и профессионалу?

Следует подчеркнуть, что никто не рождается психотерапевтом. Требуемые качества не врожденные, а приобретаются в течение жизни. Личностная готовность к психотерапевтической работе заключается в проработанности у себя собственных проблем, нерешенность которых может стать барьером и тормозом в профессиональной деятельности.

264

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

Например:

> если психотерапевт аффективен, то он не может эффективно работать с больными, имеющими проблемы в аффективной сфере, до тех пор, пока не выяснит причины и особенности собственной аффективности и не разрешит их;

> если психотерапевт обладает слабыми волевыми качествами, его коррекция волевой сферы пациентов будет носить формальный характер;

> если психотерапевт в детстве чувствовал себя нелюбимым и одиноким, если его в детстве строго наказывали или наказывали физически и он пережил травму личного унижения, то требование не унижать пациента, которого также наказывают физически и который находится в состоянии депрессии, таким психотерапевтом может игнорироваться. Он может считать требования уважать личность пациента необязательным: «Меня били в детстве, а я вырос достойным человеком». В результате такого отношения между психотерапевтом и пациентом возникает эмоциональный диссонанс;

> личностные проблемы психотерапевта увеличивают его субъективизм и пристрастность в оценке личности пациента;

> может существовать вариант центрации на модели личности, когда психотерапевтическое воздействие осуществляется после соотнесения особенностей переживаний и поведения пациента с определенным образцом: возрастным, половым, культурным, национальным. В этом случае психотерапевт как бы занимает нейтральную позицию по отношению к содержанию образца, но способы воздействия (опять же!) будут зависеть от особенностей его личности.

Проработанность личностных проблем позволяет психотерапевту выбрать адекватную позицию по отно-

265

Основы клинической гипнотерапии

шению к ребенку. Личностная готовность осуществлять психотерапию предполагает потребность идти не от себя, а от пациента и его проблем.

13.1. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ

ГИПНОТЕРАПЕВТА ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Врач-психотерапевт, использующий методы классического гипноза, должен обладать определенным артистизмом, «гипнотическим взглядом», быть уверенным в своих действиях, а также в том, что он сможет ввести в гипнотическое состояние своего пациента. Причем эта уверенность должна проявляться на бессознательном уровне (невербально) — в действиях и поведении врача-психотерапевта. Это чувство уверенности не дается сразу, оно вырабатывается постепенно и требует некоторой тренировки. Ни в коем случае нельзя начинать сеанс, если вы не уверены в том, что справитесь.

Для того чтобы стать квалифицированным и успешным в профессиональном плане классическим гипнотерапевтом, необходимо тщательно работать над собой и создать своеобразный «стиль жизни» гипнотизера. Вот как пишет об этом известный гипнотизер конца XIX — начала XX века. Х.М. Шиллер-Школьник (1911): «Только с развитием у себя магнетизма, заключающегося в нашей энергии, силе воли и настойчивости, возможно сделаться сильным гипнотизером. Настойчивость дает успех. Совершенствуйте свою волю, свою энергию, свой дух, и вы достигнете блестящих результатов в области гипнотизма. Развивший у себя магнетическую силу достигает несомненного счастья, заключающегося во влиянии на других. Чтобы сделаться сильным гипнотизером, нужно пламенно желать этого, не-

266

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

престанно преследовать намеченную цель, ни на минуту не покидая своих намерений, нужно следить за собой, за всякими своими действиями и поступками, бороться со своей робостью, действовать и поступать во всем честно, прямо и открыто, чувствовать себя перед всеми одинаково, быть всегда со всеми почтительным, но ни перед кем не унижаться. Личность, неспособная бороться со своими собственными пороками и слабостями, не умеет оказывать влияние на других. Сила гипнотизера заключается в его нравственной чистоте».

Этот факт был в последующем подтвержден К.Г. Юн-гом, высказавшим мысль о том, что «психотерапия — это контакт бессознательного пациента и психотерапевта», поэтому, если на уровне своего бессознательного психотерапевт аморален, то пользы пациенту он не принесет.

Далее Шиллер-Школьник пишет: «Начинающему гипнотизеру не всегда и не сразу удастся усыплять и гипнотизировать. Сила гипнотизера развивается практикой и частыми опытами... Поэтому советую настойчиво, не останавливаясь на первых неудачных попытках, приложить все возможные усилия к развитию своего духа и энергии, без чего жизнь бессмысленна и почти невозможна... Итак, чем труднее дается вам развитие этих качеств у себя, тем серьезнее и настойчивее займитесь самим собой и развитием у себя энергии, силы воли и уверенности».

13.1.1. ВЫРАБОТКА «ГИПНОТИЧЕСКОГО ВЗГЛЯДА»

Поскольку значительная часть техник классического гипноза основана на воздействии на зрительный анализатор, необходимо, чтобы врач-гипнотерапевт умел концентрировать свой взгляд в одной точке и при этом не было слезотечения и последующей утраты уве-

267

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ренности. Натренировать свой взгляд можно при помощи выполнения следующего упражнения.

Нарисуйте на белом листе бумаги круг размером с десятикопеечную монету (рис/7). Повесьте лист бумаги на стену так, чтобы точка находилась на одном уровне с глазами, когда вы сядете на стул.

Начинайте пристально смотреть на точку с расстояния 40-60 см. Когда смотрите на точку, представьте, как из ваших глаз исходят лучи — они должны сходиться в центре точки, как будто собираетесь прожечь ее взглядом. С момента, когда появятся слезы, прекратите упражнение. Перенесите его на вечер, если занимались утром, и наоборот. Это упражнение необходимо повторять 2-3 раза в день в течение 2-3 месяцев. После этого, когда вы будете концентрировать свой взгляд на переносице пациента, а он — на ваших глазах, зрительный анализатор пациента будет утомляться существенно быстрее, чем врача-психотерапевта.

Фиксируя свой взор на переносице пациента, вы должны не просто таращить глаза, а «очаровывать, как змея», поэтому вкладывайте во взгляд чувство.

Еще большим эффектом обладает «взгляд с расфокусировкой», или с произвольным расширением зрачка. Хотя и бытует мнение, что научиться произвольно



Рис. 7

268

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

расширять и сужать свои зрачки достаточно затруднительно, простое упражнение позволит вам натренироваться этому быстрее, чем за месяц. Приступить к выполнению этого упражнения целесообразно после того, как вы уже способны длительное время концентрировать свой взгляд в одной точке без слезотечения.

13.1.2. УПРАЖНЕНИЕ НА ПРОИЗВОЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА

Сфокусируйте свой взгляд на точке на листе бумаги с расстояния 30-40 см. После этого «посмотрите сквозь точку» далеко, в бесконечность, стремясь «охватить панораму» воображаемой бесконечности. В силу физиологических особенностей зрительного анализатора, обусловленных физическими законами преломления света, при концентрации внимания (фокусировке) на близко расположенном объекте зрачок уменьшится, при взгляде вдаль, наоборот, расширится. Это упражнение также необходимо повторять по несколько раз в день в течение 1-2 месяцев.

13.1.3. ВЫРАБОТКА УВЕРЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ

Чаще всего, когда человек не уверен в своих действиях, то он как бы говорит сам себе (внутренний диалог), что вот «сейчас это у меня не получится» и т.п.,

а это как раз и мешает проведению сеанса классической гипнотерапии, так как здесь требуется уверенное поведение. Достичь этого можно, овладев методом аутогенной тренировки (первой ступени), позволяющей концентрировать свое внимание на ситуации «здесь и сейчас», прекращать внутренний диалог (т.е. не анализировать прошлое, не думать о будущем и о своих проблемах) и фиксировать внимание собственно на терапевтической работе.

269

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

13.1.4. АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Аутогенная тренировка, созданная Иогансом Генрихом Шульцем в 1932 году как самостоятельный метод психотерапии, по своему характеру является методом синтетическим, т.е. основана на комплексе других методов: древнеиндийской системе йогов, гипнозе, самовнушении Куэ, прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона, рациональной психотерапии Дюбуа, психофизиологическом исследовании нервно-мышечного компонента эмоций. В 50—60-е годы метод получил широкое распространение в Германии, США, Канаде, СССР.

Сам Шульц подчеркивал, что созданный им метод может применяться только под руководством и наблюдением врача, так как «по своей внутренней сути аутогенная тренировка направлена на перестройку сознания человека, ее необходимо осуществлять под медицинским контролем». По мнению современников, аутогенная тренировка — это европейская йога, поэтому целесообразно на начальном этапе пройти подготовку по АТ-1 под руководством опытного психотерапевта.

Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки (АТ) делится на две ступени: 1 — начальная (АТ-1), 2 — высшая (АТ-2).

Техника АТ-1

По мнению самого Шульца, при значительном расслаблении поперечно-полосатой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе и произвольные, функции организма. В начале занятий сеансы АТ-1 продолжаются 1—2 минуты, затем их длительность увеличивается до 5 минут

270

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

и после усвоения упражнений — снова уменьшается до 1 — 2 минут.

Первые занятия проводятся в утренние и вечерние часы (сразу после сна и перед сном) в положении лежа: пациент лежит на спине, голова чуть приподнята на низкой подушке, руки свободно лежат вдоль туловища, немного согнуты в локтевых суставах, ладонями вниз (лучше вверх, указательный и большой палец замыкаются в кольцо); ноги вытянуты, слегка разведены и незначительно согнуты в коленных суставах.

В дневное время упражнения выполняются сидя, в позе «кучера дрожек»: пациент сидит на стуле, голова и туловище слегка наклонены вперед, плечи опущены, предплечья свободно лежат на передней поверхности бедер, кисти свешены и расслаблены, ноги удобно расставлены. Нижняя челюсть при этом несколько расслаблена и выдвинута вперед.

Обучение АТ-1 (гетеротренинг) проводится в группе (можно до 50-70 человек).

В окончательном варианте формулы самовнушения И. Шульца сводятся к следующим:

1-е стандартное упражнение — вызывание ощущения тяжести. Вслед за врачом пациент повторяет: «Моя правая (левая) рука (нога) тяжелая» — 6 раз подряд 3-4 раза в день в течение 4-6 дней. Затем: «Обе реки (ноги) тяжелые. Все тело стало тяжелым». Упражнение осваивается в течение **10–14** дней.

Если вы занимаетесь самостоятельно, то первое стандартное упражнение можно выполнять следующим образом. Нужно принять удобную позу, закрыть глаза и «дать себе установку»: *«Я успокаиваюсь и расслабляюсь»*. Затем последовательно производится расслабление тела с направлением внимания на те части тела, которые расслабляются, проговаривая про себя: *«Рас-*

271

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

слабляются мышцы лба, глаз, расслабляются мышцы затылка и шеи». (При этом нужно прочувствовать то, о чем проговаривалось.)

Мое внимание переходит на руки... Расслабляются пальцы и кисти рук... Расслабляются предплечья. Расслабляются плечи. Мои руки расслабляются. Мое внимание переходит на лицо... Мышцы лица расслабляются еще сильнее. Мое внимание переходит на туловище. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Все мое туловище расслабляется. Мое внимание переходит на ноги. Расслабляются пальцы ног **и** голеностопы. Расслабляются икроножные мышцы. Расслабляются мышцы бедра. Мои ноги расслаблены. Я полностью расслабляюсь. Я расслаблен.

Вслед за этим необходимо вызвать чувство тяжести в руках, ногах, во всем теле. Проговаривайте про себя и ощутите внушаемое: *«Моя правая (левая) рука (нога) тяжелая»* — 6 раз подряд; затем: *«Обе руки (ноги) тяжелые. Все тело стало тяжелым»*.

2-е стандартное упражнение — вызывание ощущения тепла. После выполнения 1-го стандартного упражнения пациент вслед за врачом 5-6 раз повторяет: «Моя правая (левая) рука (нога) теплая». В дальнейшем 1-е **и** 2-е упражнения объединяются единой формулой: «Мои руки и ноги тяжелые и теплые».

При самостоятельном овладении придерживайтесь следующих формул самовнушения. *«Приятная теплая тяжесть наполняет мои руки... Приятная теплая тяжесть наполняет мои ноги... Приятная теплая тяжесть наполняет мое туловище... Все мое тело тяжелое и теплое. Я полностью расслаблен. Все тело тяжелое и теплое»*.

3-е стандартное упражнение — регуляция ритма сердечной деятельности. Начиная с 9-10-го занятия

272

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

пациент мысленно повторяет: «Сердце бьется мощно и ровно». Предварительно пациентов учат мысленно считать сердцебиение.

При самостоятельном овладении придерживайтесь следующих формул самовнушения: *«Мое сердце работает спокойно... ровно...»*

4-е стандартное упражнение — регуляция дыхания. После выполнения первых 3 упражнений пациент мысленно 5-6 раз повторяет: *«Мое дыхание спокойное, дышится спокойно»*.

5-е стандартное упражнение (12-14-е занятие) — влияние на органы брюшной полости. Выполняется после предварительного разъяснения роли и локализации солнечного сплетения. Формула самовнушения: *«Мое солнечное сплетение излучает тепло»*.

При самостоятельном овладении формулы самовнушения могут быть следующие: *«Мой живот согревается приятным, глубинным теплом... Мой живот согрет приятным теплом... Солнечное сплетение излучает тепло»*.

6-е стандартное упражнение — влияние на сосуды головы. Завершает гетерогенные тренировки (15-17-е занятие). Пациент 5-6 раз повторяет: «Мой

лоб слегка прохладен». При аутотренинге формулы могут быть следующие: *«Мой лоб приятно прохладен... Я чувствую приятную прохладу в области лба»*. Автор метода считал, что переходить к следующему упражнению можно только после усвоения предыдущего. Менять последовательность упражнений, по Шульцу, недопустимо. В качестве основного критерия усвоения указывалось на генерализацию внушаемых ощущений.

В процессе освоения упражнений формулы самовнушения укорачиваются и, в конечном итоге, сводятся к

273

Основы клинической гипнотерапии

ключевым словам-командам: «успокоение», «тяжесть», «тепло» и т.д.

После выполнения упражнений пациентам вначале рекомендуется сидеть (или лежать) спокойно в течение 1 минуты и лишь затем выводить себя из состояния аутогенного погружения по команде: «Согнуть руки (выполняются 2-3 сгибательных и разгибательных движения), глубоко вдохнуть, на выдохе открыть

глаза».

Весь курс занятий АТ-1 длится около 3—4 месяцев.

Примечание для начинающих заниматься АТ-1 самостоятельно

Начиная заниматься АТ-1 самостоятельно, следует помнить, что все формулы АТ работают эффективно только в том случае, если достигнуто «состояние АТ», т. е. если занимающийся привел себя в состояние расслабленности до такой степени, что даже может потерять ощущение присутствия тела. При занятиях АТ человек, находящийся в «аутогенном погружении», сам себе дает установки и соответствующие настроения, сохраняя при этом полную ясность ума. Самым главным является не формальное повторение формул, а расслабление, вызывание чувства тяжести, тепла.

Нельзя резко выходить из состояния аутогенного погружения. Если вы вызывали у себя ощущение тяжести, то перед выходом из аутогенного состояния необходимо обязательно убрать это состояние тяжести при помощи специальных мобилизирующих формул типа:

- *Тяжесть покидает мое тело.*
- *Отдохнул каждый мускул моего тела.*
- *Свежесть и бодрость наполняет все мое тело.*
- *С каждым вдохом свежесть и бодрость вливаются в мой организм.*
- *Я собран и внимателен.*

274

Глава 13. Личностная готовность гипнотерапевта

- *Я заряжен бодростью.*
- *Я заряжен энергией.*
- *Моя воля собрана.*

После этого поднимите над головой сжатые в кулак руки, резко выдохните с одновременным движением рук вниз, откройте глаза.

13.1.5. «РАЗОГРЕВАНИЕ РУК»

После овладения методом АТ-1 врачу-психотерапевту целесообразно научиться «разогревать руки», т.е. буквально уметь методом самовнушения нагревать свои руки до температуры тела пациента, особенно это касается случаев, когда в гипнотическое состояние пациент будет вводиться методом пассив. Более того, применяя метод пассив холодными (или влажными от волнения) руками, гипнотерапевт не сможет ввести пациента в гипнотическое состояние.

Существуют несколько способов разогрева рук.

1. Наиболее простым является энергичное растирание ладоней одна другой. Для того чтобы ладони стали горячими, требуется более двух десятков движений. Скорость разогрева у каждого индивидуальна, она зависит от темперамента и физического состояния в данный момент, темпа и силы

движений, времени года и суток.

2. Другим распространенным способом является следующий. Пальцы и ладони сводятся вместе на уровне груди и при этом плотно прижимаются друг к другу. Затем с сопротивлением, опираясь на кончики пальцев, разводят ладони в стороны. В углублении между ними ощущайте упругий комок или шарик. Разводите медленно ладони в стороны. При этом комок или шарик пусть остается на месте. Эти действия полезно сопровождать самовнушением по следующей схеме:

275

Основы клинической гипнотерапии

«Мои пальцы наполняются теплотой. Теплота появляется в центре каждой ладони и кончиках всех пальцев. Тепла все больше и больше. Оно обжигает мои руки. Тепло начинает стекать с моих ладоней и пальцев». С течением времени необходимость в самовнушении и манипуляциях с ладонями и пальцами может отпасть. Достаточно будет быстро свести руки перед грудью на 5-10 см и представить комок или шарик между ними. Вслед за этим появится ощущение тепла в руках. Некоторые вместо комка или шарика представляют разноцветный жгут наподобие радуги. Китайские мастера цигун, например, могут делать жгут видимым для посторонних.

3. Еще одним способом разогревания рук является выполнение круговых движений руками. Признаком достаточного разогревания будет появление ощущения покалывания в кончиках пальцев и ладонях. При этом не следует забывать о концентрации внимания на ладонях и самовнушении их теплоты.

13.1.6. РАБОТА НАД ГОЛОСОМ

Поскольку большая часть гипнотических техник основана на вербальном внушении, то необходимо поработать над своей дикцией и голосом — придать голосу уверенность, найти для себя подходящий темп речи.

Пример Демосфена наглядно демонстрирует, что «успех приносит не столько сила воли, сколько сила собственного воображения». *Как известно, Демосфен страдал дефектом речи (голос его был тихим, а речь шепелявой), но он очень хотел стать оратором. Этот человек настолько был полон веры в себя, что путем упорных тренировок (он учился говорить с камнями во рту) стал, по свидетельству современников, непревзойденным оратором.*

276

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

Целесообразно заранее подготовить формулы наведения гипнотических состояний, которыми будет пользоваться гипнотерапевт (по две на каждый анализатор), заучить их наизусть, а затем, пользуясь диктофоном и представляя, что вы гипнотизируете пациента, проговаривать формулы введения в гипнотическое состояние. При этом следует обращать внимание на то, чтобы голос звучал твердо, убедительно, интонация соответствовала содержанию. После проговаривания формулы необходимо прослушать запись, выявить нечеткости и неточности и исправить их. На начальных этапах необходимо, чтобы начинающий гипнотерапевт наблюдал за работой опытного психотерапевта. С ним же он может затем консультироваться по методологии постановки голоса и технологиям как введения в состояние гипноза, так и применения терапевтических приемов.

13.1.7. САМОГИПНОЗ

Для эффективной работы в качестве классического гипнотерапевта врачу-психотерапевту необходимо быть всегда в хорошей физической и эмоциональной форме. Работая с пациентами с серьезными личностными и межличностными проблемами, врач, сочувствуя пациенту, как бы «берет на себя» часть негативного эмоционального состояния (здесь действуют явления переноса и контрпереноса) и в результате к концу рабочего дня могут возникнуть повышенная усталость, а соответственно — рассеянное внимание и повышенная раздражительность. Для того чтобы эффективно и быстро

приводить себя в состояние хорошей работоспособности, врачу-гипнотерапевту целесообразно владеть методами самогипноза. Самогипноз может применяться с целью быстрого отдыха, улучшения своего физическо-

277

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

го и психологического самочувствия и др. Ниже приводится техника самогипноза.

Техника самогипноза

1. Устройтесь поудобнее. Найдите позу, которую вы легко сможете сохранять все время, пока будете проделывать этот процесс. Можно сесть или лечь, хотя лучше сидеть, это удержит вас от засыпания. Выпрямитесь, глядите перед собой, дышите медленно и легко. Позвольте себе расслабиться.

2. Определите, сколько времени вы собираетесь потратить, и объявите его себе. Например: «Я собираюсь загипнотизировать себя на 20 минут...» Вас восхитит точность, с которой ваши «внутренние часы» следят для вас за временем.

3. Теперь объявите себе цель погружения в самогипноз. В этом процессе мы позволяем подсознанию работать скорее над некоторой целью, чем над последовательностью внушений, следовательно, формулировка цели должна учитывать этот факт. Например: «...с целью позволить моему подсознанию произвести соответствующие настройки, чтобы помочь мне...» Вставьте вместо точек то, чего вы хотите достичь, например, «отдохнуть и чувствовать себя в хорошей физической и психологической форме».

4. Наконец, объявите себе, в каком состоянии вы хотите быть, когда завершите этот процесс. Обычно в гипнозе мы слышим о том, что «возвращаться» нужно, чувствуя себя «проснувшимся, собранным и освеженным», но в реальном мире это может быть не то, что вам нужно. Например, если вы собираетесь заняться самогипнозом на сон грядущий, можете предпочесть вернуться «расслабленным и готовым ко сну». Если вы занимаетесь этим перед каким-то делом, можете захотеть выйти из транса «мотивированным и энергичным».

278

ГЛАВА 13. ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА

Просто скажите себе: «Когда я закончу, я буду чувствовать себя...».

5. **Процесс самогипноза.** Глядя перед собой, отметьте три вещи (по одной), которые вы видите. Делайте это медленно, останавливаясь на момент на каждой из них. Лучше, если это маленькие вещи, например, пятно на стене, дверная ручка, угол рамы картины и т. д. Некоторые люди любят называть их, когда смотрят: «Я вижу трещину на дверном косяке». (Если не знаете, как это называется, попробуйте: «Я вижу эту штуку вон там».)

6. Теперь переключите внимание на аудиальный канал и отметьте одну за другой три вещи, которые слышите. (Вы заметите, что это позволяет инкорпорировать окружающие звуки, которые иначе отвлекали бы вас.)

7. Далее обратитесь к своим чувствам и отметьте три ощущения. Опять-таки переключайтесь с одного на другое медленно. Полезно использовать ощущения, которые обычно остаются незамеченными, например, тяжесть очков, давление ремешка часов, текстуру рубашки и т. д.

8. Продолжайте процесс с двумя визуальными, затем двумя аудиальными и затем двумя кинестетическими впечатлениями. Точно так же продолжайте с одним впечатлением в каждой системе.

На этом вы завершили «внешнюю» часть процесса. Теперь пора начинать «внутреннюю» часть.

Закройте глаза. Вызовите какой-нибудь образ. Не напрягайтесь. Можно создать образ или просто использовать то, что само появится. Это может быть точка света или прекрасный пляж. Если что-нибудь появилось само по себе, используйте это. Если ничего не появляется, придумайте что-нибудь. Назовите это, как вы делали выше. Остановитесь на момент и позвольте себе

заметить какой-нибудь звук или сами вызовите его

279

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

и назовите. Хотя технически это «внутренняя» часть, если услышите звук снаружи или в комнате, используйте его, это нормально. Помните, что идея в том, чтобы инкорпорировать то, что вы воспринимаете, чтобы оно не отвлекало. Опять-таки не спрашивайте... Затем заметьте и назовите какое-нибудь чувство. Лучше делать это внутренне, воспользуйтесь своим воображением. (Я чувствую, как мои руки нагревает летнее солнце.) Однако, как и со звуками, если ваше внимание привлекло реальное физическое ощущение, используйте его.

Повторите процесс с двумя образами, затем двумя звуками, затем двумя чувствами.

Повторите весь цикл еще раз, используя три образа, три звука и три ощущения.

9. Завершение процесса. Сначала некоторые думают, что заснули. Но окажется, что вы автоматически возвращаетесь в конце отведенного времени. Это — указание на то, что вы не спали и что ваше подсознание делало то, о чем вы его просили.

Итак, ваш переход в зону глубокого внутреннего внимания — ваш ресурс. Вы можете использовать его для того, чтобы максимально полно осознать какую-либо проблему или задачу, а также помочь решить житейские ситуации. Вы можете увидеть себя и детали своего поведения, которые вам пригодятся в будущей конкретной ситуации...

ГЛАВА 14

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

Качество психотерапевтической работы, и в особенности классической гипнотерапии, зависит от двух важных факторов: психотерапевтического климата и профессиональных навыков психотерапевта (вербальных и невербальных) как в поддержании общения, так и в проведении самого сеанса гипнотерапии. Психотерапевтический климат в свою очередь включает два эмоционально значимых компонента:

1) *физические составляющие*;

а) оборудование кабинета и гипнотария;

б) пространственное расположение пациента и психотерапевта:

— дистанция;

— манера сидеть;

в) структурирование времени;

2) *эмоциональные составляющие*:

а) создание атмосферы обоюдного доверия;

б) искренность психотерапевта, его способность к эмпатии и безусловному уважению пациента.

14.1. ФИЗИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КЛИМАТА

Обстановка психотерапии. Во время психотерапевтического приема пациент с меньшей настороженностью раскрывает свои проблемы, если кабинет хорошо оборудован. Следует учитывать, что в современных усло-

281

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

виях психотерапевтический кабинет должен состоять по меньшей мере из двух помещений: одно — для первичного приема пациентов, другое — для проведения собственно гипнотерапии (гипнотарий).

Кабинет должен быть не очень большим, окрашенным в спокойные тона, уютно обставленным и хорошо звукоизолированным. Свет не должен падать на пациента. В кабинете необходим стол, удобные стулья (3— 4). На стенах можно повесить несколько картин, на полках расположить книги, но интерьер

не должен быть перегружен, чтобы не отвлекать внимание. Для работы с детьми дошкольного возраста целесообразно иметь в кабинете набор разных игрушек.

На работе не стоит держать личные фотографии или предметы, отражающие убеждения психотерапевта (например, крест на стене). Каждый раз пациента следует принимать в одном и том же кабинете. В приемной должны быть кресла и журнальный столик с журналами (для ожидающих своей очереди приема).

Гипнотарий (помещение, где проводится сеанс) должен быть достаточно просторным (30—40 м²) с хорошей вентиляцией и звукоизоляцией; оборудован удобными для сна креслами или кушетками. Чтобы не было слышно звуков шагов, пол покрывается ковровым покрытием. Освещение должно быть неярким, но достаточным для того, чтобы врач мог наблюдать за поведением и мимикой больного.

Шторы, стены, кресла и искусственное освещение должны быть одноцветными, предпочтительно фиолетовыми, так как этот цвет действует успокаивающе.

Гипнотарий оборудуется источниками слабых звуковых и световых раздражений: зуммером, тихим метрономом, лампой синего мигающего света, магнитофоном с записями тихой успокаивающей музыки.

282

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

При проведении сеанса может присутствовать медицинская сестра, которая помогает врачу; пациенту необходимо занять удобную позу: требуется его так усадить или уложить, чтобы ничто не мешало, в том числе и одежда.

Структурирование пространства. Когда пациент входит в кабинет, он попадает на «территорию психотерапевта». Уже происходящее при первой встрече оказывает влияние на психическое самочувствие пациента.

Первая встреча начинается со знакомства. При этом следует придерживаться следующего этикета: встать и встретить пациента на полпути, представиться, попросить его назвать фамилию и имя, предложить ему выбрать место и сесть, прежде чем расположиться самому.

Расположение психотерапевта и пациента. Если психотерапевт и пациент сидят у противоположных концов стола, то между ними сохраняется социальная дистанция. При этом атмосфера психотерапевтического контакта будет носить черты официальной. Лучше, чтобы психотерапевт и пациент сидели либо по одной стороне стола, предпочтительно на расстоянии 1—1,5 м, рядом, под углом 45 градусов. В этих условиях психотерапевту доступна вся невербальная информация, исходящая от пациента. Более того, в процессе психотерапевтического контакта дистанция изменяется, что является свидетельством либо доверительности (сближение), либо тревожности (отдаление).

Дистанция между клиентом и психологом отражает известный в социальной психологии феномен **«личное пространство»**, «личностные территории».

Территория — это область или пространство, о котором человек говорит так, как будто оно является

283

Основы клинической гипнотерапии

«продолжением его тела». Личное пространство включает в себя территорию, ограждающую владения человека. Например, дом и участок, огороженный забором. Сюда также входят его спальня и его личный стул, место за обеденным столом и т.п. Кроме того, в личное пространство входит и определенное воздушное пространство вокруг человека.

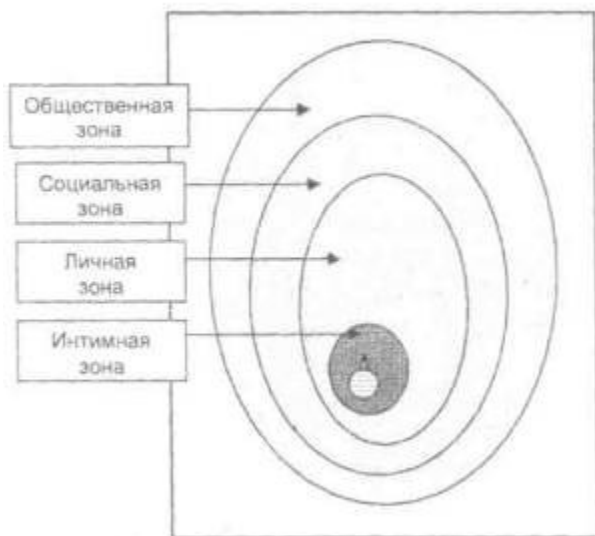
Существует 4 зоны личного пространства: интимная, личная, социальная, общественная (рис. 8).

Интимная зона. Распространяется на расстояние от 0 до 45-50 см от тела

человека. Из всех зон является наиболее важной. Это пространство человек рассматривает как свое собственное. Заходить в эту зону раз-

Рис. 8. Зоны личного пространства

284



ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

решается тем людям, которые близки человеку: любимые люди, родители, дети, близкие друзья и родственники. Здесь выделяется подзона, которая распространяется непосредственно от тела человека на 15 см. И в эту зону можно войти только во время физического контакта. Это — непосредственная интимная зона.

Личная зона. Это то расстояние, с которого человеку комфортно общаться с другим человеком. На этом расстоянии мы обычно держимся во время коктейлей, приемов на различных вечерах и светских беседах. Распространяется на расстояние от 50 до 150-200 см от тела. Именно в личной зоне и проводится индивидуальная психотерапия.

Социальная зона. Это то расстояние, на котором человеку комфортно общаться с незнакомым человеком. Распространяется на расстояние от 1,5-2 м до 3-6 м.

Общественная зона (общедоступная зона). Начинается от 3—6 м и более. Определяется тем расстоянием, на котором человек расходится с другим (незнакомым) на широкой площади.

Из-за неправильно выбранной дистанции (например: несоразмерность социального или возрастного аспекта личного пространства) некоторые темы вообще не могут быть затронуты.

С проблемой дистанции тесно связан вопрос о терапевтическом смысле и возможности физического прикосновения к клиенту. Около половины психотерапевтов считают, что физический незротический контакт представляется ценным в процессе психологической коррекции. Он более всего уместен при:

- консультировании социально и эмоционально незрелых клиентов;
- консультировании людей, находящихся в кризи-

285

Основы клинической гипнотерапии

се после психической травмы, особенно связанной с утратой близких;

- стремлении продемонстрировать эмоциональную поддержку.

Однако очень трудно установить границу, где физический незротический контакт приобретает характер эротического. В любом случае прикосновение не должно быть использовано как специфическая техника психотерапии при

отсутствии искренних, истинных чувств по отношению к клиенту.

Структурирование времени при гипнотерапии.

Психотерапевтический климат предполагает и надлежащее структурирование времени. Иногда первая встреча затягивается из-за необходимости ближе познакомиться с пациентом и вселяет в него надежду на нереальную продолжительность сеанса.

Психотерапия требует концентрации внимания и бдительности, а концентрацию внимания трудно сохранять более 45-50 минут. Традиционно в психотерапии рекомендуются 50 минут, позволяющих обсудить некоторые вопросы, провести сеанс, а затем 10 минут уделить записи основных аспектов встречи.

Беседа с 5—7-летним ребенком не должна длиться более 20-25 минут. Продолжительность беседы с 8-12-летним — около 30—35 минут. С детьми старше 12 лет и взрослыми беседа может длиться до 1 часа.

В начале психотерапии необходимо также определить общую ее продолжительность. Конечно, в самом начале трудно установить, сколько времени займет решение тех или иных проблем, поэтому целесообразно заключить с пациентом (родителями) определенный контракт на 4-5 встреч, а затем окончательно решить, продуктивна ли психотерапия и сколько времени она может продлиться.

286

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

14.2. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КЛИМАТА

Создание атмосферы доверия. Пациенты, ищущие помощи у психотерапевта, находятся в состоянии тревоги и страха. Вначале они не знают, что ждать от врача-психотерапевта, особенно дети, когда на консультацию их приводят родители. Создавать обоюдное доверие — значит создавать терапевтический климат, способствующий обсуждению значимых проблем. Успешность создания терапевтического климата обусловлена личностными качествами психотерапевта и его отношением к процессу психотерапии:

- необходим искренний интерес к людям и подлинное желание помогать Им;
- во время психотерапии все внимание следует уделять пациенту, не заниматься посторонними проблемами (говорить по телефону, разрешать входить в кабинет коллегам, обсуждать с ними другие вопросы и т.п.);
- предоставлять пациенту максимальную свободу высказаться;
- не следует проявлять излишнее любопытство, особенно на первичном приеме;
- соблюдать профессиональную тайну;
- к проблемам пациента относиться без осуждения.

Искренность (конгруэнтность) психотерапевтического контакта. Искренности нельзя научиться, однако психотерапевт должен уметь вести себя с пациентами так, чтобы они воспринимали вхождение в свой внутренний мир как поддержку, а не как угрозу. По мнению К. Роджерса, конгруэнтность означает, что «в межличностных отношениях психотерапевт непринужденно и самобытно выражает свои переживания». Конгруэнтность представляет собой осознанную или неосозна-

287

Основы клинической гипнотерапии

ваемую противоположность фасада. Достаточно оставаться самим собой во время психотерапевтического контакта.

Искренность психотерапевта — это его способность оставаться самим собой и отсутствие потребности демонстрировать свой профессиональный фасад. Искренний психотерапевт не прячется за маской и не старается исполнить роль.

Тем не менее все согласны, что откровенность психотерапевта в отношениях с

пациентом имеет предел — психотерапевт не обсуждает и не решает собственных проблем с больными.

Эмпатия в психотерапии. По мнению К.Г. Юнга, в процессе психотерапии происходит процесс слияния, в котором изменяются и психотерапевт, и пациент: «Встреча двух личностей подобна соединению химических субстанций; если возникает реакция, они обе изменяются. Считается, что доктор оказывает влияние на пациента в каждом случае эффективного лечения психики, но это влияние возможно, если на него влияет и пациент».

Таким образом, проявление эмпатии в общении означает, что психотерапевт чутко и точно реагирует на переживания пациента, словно это его собственные переживания. Подразумевается способность «вжиться» в субъективный мир пациента и понять смысл разных событий в этом мире. Такое вхождение должно быть безоценочным, не разделяющим содержание иного мира на правильную и неправильную, хорошую и плохую части.

Безоценочная установка психотерапевта позволяет пациентам в большей мере принимать себя. Когда врач точно и старательно идентифицирует разнообразные чувства: злобу, страх, гнев, враждебность, тревогу, радость, — больной имеет возможность лучше услышать и понять себя.

288

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

Безусловное уважение пациента. Под понятием «безусловное уважение» имеется в виду безусловное и безоценочное принятие больного как целостной личности. Последователи К. Роджерса используют еще термин «безусловное позитивное отношение», которое отождествляется с теплотой и заботой — сложнейшими и противоречивыми составляющими терапевтического контакта.

14.3. ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Важным этапом подготовительного периода является *предварительная беседа с пациентом*. Прежде всего необходимо выяснить отношение пациента к лечению гипнозом. Если пациент не настроен на лечение гипнозом, то и предлагать его не нужно.

Чаще всего представления о гипнозе у пациента обусловлены его культурным уровнем. Нередко пациенты наделяют психотерапевта магическими свойствами... Нет необходимости их в этом разубеждать.

Некоторые пациенты опасаются, что в состоянии гипноза они могут стать «послушным механизмом» в руках гипнотизера или посмешищем в глазах окружающих. Поэтому целесообразно заранее объяснить пациенту, что лечебный гипноз не имеет ничего общего с эстрадой, а врач никогда не использует повышенную внушаемость в гипнозе во вред больному.

Гипнологи знают, что существует так называемый антисуггестивный барьер: чем выраженнее он, тем меньше внушаемость. В связи с этим в предварительной беседе пациенту дается разъяснение, что гипноз не назначается и не применяется против воли больного; *лечение гипнозом не назначается как пилюли или инъекции*.

10. В. А. Ружанков

289

Основы клинической гипнотерапии

екции. О лечении гипнозом больной и врач договариваются, так как здесь необходимо и обязательно обоюдное согласие и активное участие самого больного в процессе психотерапии.

Главное в предварительной беседе — вызвать у пациента интерес к лечению, усилить уверенность в успехе, добиться доверия к врачу. Приступать к гипнотерапии можно только в том случае, когда есть уверенность, что пациент полностью подготовлен.

14.4. ПОЗИЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Классический гипноз относится к директивной психотерапии. Для нее

характерно принятие психотерапевтом роли организатора и руководителя терапевтического процесса, возложение им на себя ответственности за достижение психотерапевтических целей и дидактичность.

Директивная позиция психотерапевта может сочетаться с авторитарностью или партнерством в ролевом поведении и выборе целей психотерапии.

В каждый конкретный момент лечебного процесса врач-психотерапевт должен учитывать, с одной стороны, свои стратегические задачи, а с другой — изменяющиеся потребности, ожидания и установки пациента. Когда речь идет о директивном поведении психотерапевта, то ему предписывается роль руководителя, учителя, опекуна, организатора лечебного процесса, в случаях недирективного поведения — роль партнера, консультанта, помощника.

При директивном поведении психотерапевта прежде всего используется общепризнанный, социально обусловленный авторитет врача как специалиста для формирования взаимоотношений по типу руководства, в

290

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

котором психотерапевту принадлежит непосредственная власть. Руководство отражает традиционную медицинскую модель «врач — больной», при которой основное значение придается влиянию врача на пациента. Психотерапевт занимает доминирующую, активную позицию, а больной остается сравнительно пассивным. В этом случае пациенты из-за личностных особенностей или в связи с характером заболевания неспособны к самостоятельности, они зависимы, ищут опеки, полностью полагаются на указания врача.

Психотерапевт при такой форме ролевого поведения должен осознавать, что этот авторитет не является выражением превосходства его личности, а лишь усиливает его возможности при оказании помощи.

При директивном поведении психотерапевта он структурирует ход лечения, определяет обязанности и права пациента (в плане терапии), требования сотрудничества в гипнотерапии. При директивной постановке вопросов врач-психотерапевт создает свою структуру беседы и сам направляет ее ход, намеренно затрагивает определенные темы в соответствии с разработанной стратегией.

При директивном подходе психотерапевт должен придерживаться определенных правил, знать границы своего влияния на пациента. Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованны, когда касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда на них влияют морально-ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у пациента. Например, взгляд психотерапевта на проблемы брака и семьи, выбора профессии или перемены работы отражает его личный опыт, вызывая некоторое искажение объективного видения проблем пациента и путей их решения.

291

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

14.5. СИСТЕМА ЦЕННОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Каждый человек имеет собственную систему ценностей, которая определяет его решения и то, как он воспринимает окружающий мир и других людей.

Одна из точек зрения такова, что психотерапевт должен быть объективным, ценностно нейтральным и не вносить в процесс психотерапии свою жизненную философию и ценностную систему. Он обязан полностью сконцентрироваться на ценностях пациентов. Но это вовсе не значит, что идеальным является психотерапевт, не имеющий собственной системы ценностей.

Психотерапевт, желая избежать ценностных коллизий в процессе психотерапии, должен иметь четкую позицию по некоторым вопросам.

Важнейшие сферы, в которых важна эта позиция: семья, секс, аборты, религия, наркотики, психические заболевания.

Психотерапевту важно знать, какое влияние оказывают его ценности на ход психотерапии, чтобы он мог быть самим собой и тем не менее избежать навязывания собственных установок пациентам. Жизненная философия каждого человека и его ценности уникальны. Было бы слишком высокомерно думать, что только психотерапевт знает, что такое «хорошая и праведная жизнь».

С другой стороны, нейтральность врача означает или его амбивалентность в отношении ценностей, или то, что он заботится только о «защите» процесса психотерапии от своих ценностей, и это мешает аутентичности и искренности. Психотерапевт поднимает вопросы, а ответы на них ищет и находит клиент на основе собственных ценностей.

292

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

14.6. ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС В ГИПНОТЕРАПИИ

В ситуации гипнотерапии (равно как и при других направлениях психотерапии) не может происходить адекватное эмоциональное взаимодействие без принятия во внимание явлений переноса и контрпереноса. Имеется в виду перенос чувств, влечений, установок из «там и тогда» в «здесь и сейчас» и наоборот. Такую транспозицию осуществляет клиент в отношении психотерапевта (перенос) и психотерапевт в отношении пациента (контрперенос).

Перенос. Открытие явлений переноса — одно из фундаментальных достижений классического психоанализа З. Фрейда. Данный психологический феномен присутствует в любых межличностных отношениях, однако в ситуации гипнотерапии он намного интенсивнее вследствие природы самого контакта. Психотерапевт заведомо обладает авторитетом, мало говорит о себе и соблюдает анонимность в отношении информации о клиенте, поскольку к нему обращаются за помощью. Этим облегчается возникновение переноса.

Имеются два основных определения переноса:

1. Согласно классическому психоаналитическому определению, *перенос* — это оживление комплекса Эдипа в терапевтической ситуации. Реакция на терапевта такова, словно он — участник ранних эдиповых отношений клиента, т.е. представляет собой отца или мать. Считая перенос универсальным феноменом психотерапевтического контакта, его можно определить как повторение в отношениях с терапевтом чувств и установок, привычных в прошлом со значимыми людьми (прежде всего с родителями).
2. Другое определение: *перенос* — это неадекватное и персеверативное переживание чувств, влечений, фан-

293

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

тазий, установок и задействование психических защитных механизмов, возникших в прошлом в отношениях со значимыми людьми при актуальном межличностном взаимодействии. Реакция переноса в этом контексте представляет собой повторение прошлого и непереносимого в настоящем.

В психотерапии переносу свойственны следующие черты:

- Перенос всегда ошибочен в том смысле, что клиент представляет терапевта в ложном свете, т.е. приписывает ему черты, свойственные другим людям в других обстоятельствах и времени. Здесь терапевту важно различать реалистические реакции от реакций переноса.
- Перенос бывает положительным и отрицательным. Положительный перенос основывается на зависимости клиента от идеализированного образа отца, любящего и опекающего, вызывающего чувство защищенности. Положительная установка клиента в отношении терапевта, возникшая в силу

переноса, выражает отношения прошлого. Например, клиент, которому в детстве недоставало любви, склонен видеть в консультанте ч^п ловека более сильного и любящего, чем тот есть на самом деле. Отрицательный перенос основывается на испытанных в детстве чувствах отвержения и враждебности. Если в процессе терапии эти установки не изменяются, терапия становится неэффективной и невозможной.

- Возникновению переноса содействуют нейтральность и неопределенность терапевта.
- Перенос — бессознательный процесс. Хотя чувства клиента по отношению к терапевту могут быть и вполне сознательными, но сам факт, что они привнесены из других, более ранних отношений, не осознается.

294

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

- Перенос чаще возникает в сферах, где имеются неразрешенные детские конфликты со значимыми личностями. Люди склонны превратно воспринимать настоящее, когда они увязли в травматичных эпизодах прошлого.

Контрперенос. Психотерапевтический контакт в гипнотерапии подобен «улице с двухсторонним движением», отсюда очевидно, что и терапевт привносит в отношения с клиентом свои жизненные затруднения. Контрперенос столь же универсальное явление в психотерапии, как и перенос. Независимо от зрелости личности психотерапевта, он человек и непременно имеет неразрешенные внутренние конфликты. Болезненные темы и порождают контрперенос, если клиент невольно их затрагивает.

Различают широкое и классическое определение контрпереноса.

В широком смысле, контрперенос охватывает все эмоциональные реакции терапевта на клиента: тогда к контрпереносу относятся и совершенно естественные реакции терапевта, не связанные с его внутренними конфликтами.

Классическое определение характеризует контрперенос как ответную реакцию психотерапевта на перенос клиента.

Промежуточное определение обрисовывает контрперенос как проецирование терапевтом своих проблем на предоставленный клиентом материал как связанный с переносом, так и не связанный с ним.

Наиболее часто встречаются следующие причины контрпереноса:

- 1) стремление терапевта понравиться клиентам, быть принятым ими и хорошо оцененным;
- 2) боязнь терапевта, что клиенты могут о нем плохо подумать, не прийти на сеанс и т.п.;

295

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

- 3) чрезмерная реакция на клиентов, провоцирующих у терапевта чувства, обусловленные его внутренними конфликтами;

- 4) стремление терапевта занимать «пророческую» позицию и давать клиентам советы, как им следует жить;

- 5) эротические чувства и фантазии терапевта по отношению к клиентам.

В отечественной литературе возникновение явлений переноса считается «одним из частых побочных нежелательных явлений гипнотерапии», заключающимся в возникновении влечения к врачу как к лицу противоположного пола (оно может проявляться в различных формах). Одни больные не таят своих чувств и ищут возможные способы сближения с врачом, другие, наоборот, скрывают свои чувства, в результате чего у них ухудшается состояние, нарушается сон. Некоторые больные с истерическим типом характера, добивающиеся к себе внимания со стороны врача, не достигнув цели, создают вокруг него атмосферу компрометирующих разговоров, сплетен (например, о сексуальных отношениях с ним).

14.7. ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Профессия психотерапевта интересна и дает немало полезного самому врачу. Никакая другая профессия не позволяет так глубоко и близко познать столько разных людей. Нередко она доставляет чувство удовлетворенности собой, особенно когда тебя ценят пациенты, когда ты уверен, что смог помочь. Однако, несмотря на полезность профессии, зачастую она стоит занимающим

296

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

ся ею людям довольно дорого. Воздействие не всегда заметно со стороны, но его настоящую цену чувствует сам психотерапевт. Выделяют несколько важных аспектов этой платы:

- 1) угрозу утратить идентичность и «раствориться» в пациентах;
- 2) отрицательные последствия в личной жизни (семья, друзья);
- 3) угрозу психических нарушений из-за постоянных столкновений с «темными сторонами жизни» и психической патологией (К.Г. Юнг называет это «подсознательной инфекцией»).

Психологи и психотерапевты нередко забывают, что их преимущество в познании пациентов весьма относительно, поскольку они видят их в специфических условиях и, как правило, непродолжительное время. Они не имеют возможности наблюдать за деятельностью пациентов в реальной жизни и только с их слов знают об их тревоге, страхах, неудачах и в меньшей степени — о достижениях. Зачастую психотерапевт преувеличивает личностные нарушения пациента, и главным последствием ошибочного представления становится ориентация на лечение, а не на понимание и выявление позитивных аспектов жизни.

Излишняя вовлеченность в профессиональную деятельность нередко заставляет страдать семью психотерапевта:

- во-первых, требования этики не позволяют ему делиться с семьей своими «психотерапевтическими» впечатлениями, поэтому члены семьи лишь приблизительно представляют, чем он занимается;
- во-вторых, психотерапия требует больших эмоциональных затрат, и иногда это значительно уменьшает эмоциональную отдачу семье. Когда на работе весь

297

Основы клинической гипнотерапии

день приходится выслушивать других людей и углубляться в их заботы, вечером бывает трудно проникнуться заботами жены или мужа, детей.

Психотерапия, консультирование и психологическая коррекция отнесены к профессиям, требующим большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеющим весьма неопределенные критерии успеха. Представителям этих профессий грозит «*синдром эмоционального выгорания*».

Синдром эмоционального выгорания — сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки.¹ Синдром выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недостатке энергии и энтузиазма, утрате способности видеть положительные результаты своего труда, в отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще.

Существует мнение, что наиболее подвержены синдрому сгорания люди с определенными чертами личности (беспокойные, чувствительные, эмпатичные, склонные к интроверсии или отождествлению с другими).

Наиболее частые причины синдрома эмоционального выгорания:

- монотонность работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным;

- вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки;
- строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;
- работа с «немотивированными» пациентами, постоянно сопротивляющимися усилиям психотерапевта;
- напряженность и конфликты в профессиональной

298

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм;

- нехватка условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации;
- работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования;
- неразрешенные личностные конфликты психотерапевта.

Основные симптомы синдрома эмоционального выгорания:

- усталость, утомление, истощение (после активной профессиональной деятельности);
- психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства);
- бессонница;
- негативное отношение к пациентам (после имевших место позитивных взаимоотношений);
- отрицательная настроенность к выполняемой деятельности (вместо прежнего «это дело на всю жизнь»);
- стереотипизация личностной установки, стандартизация общения, деятельности, принятие готовых форм знания, сужение репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций;
- агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам);
- функциональное, негативное отношение к себе;
- тревожные состояния;
- пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий;
- чувство вины.

299

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Влияние синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) на профессиональную позицию и личность врача-гипнотерапевта

Авторитет. Психотерапевт с СЭВ неизбежно утрачивает свой авторитет как у пациентов, так и коллег. Авторитет связан прежде всего с профессионализмом и личным обаянием. Когда гипнотерапевт из-за равнодушия и негативного отношения к своей работе не в состоянии вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, допускает врачебные ошибки или проявляет агрессивность и раздражительность — он утрачивает доверие к себе как профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

Оптимизм. Пациент должен чувствовать здоровый оптимизм гипнотерапевта, а не желание поскорее закончить терапию. Под влиянием выгорания врач нередко демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки на прием. (Часто это происходит из-за желаний «наказать» пациента за собственную эмоциональную несостоятельность.)

Честность и правдивость. При тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных СЭВ, врач утрачивает способность к правдивому и честному

изложению информации о состоянии здоровья человека. Либо он излишне щадит психику больного человека, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимую меру в подаче диагностической или лечебной информации.

Индукция. Слово гипнотерапевта оказывает огромное суггестивное влияние на его пациента. Гипнотерапевт с СЭВ, переживающий чувства бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передаст эти чувства своим пациентам в слове, интонации, эмоциональной реакции.

300



ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

Способы профилактики синдрома эмоционального выгорания:

- культивирование других интересов, не связанных с психотерапией (хобби, учеба, научные исследования, написание научных статей и т.п.);
- внесение разнообразия в свою работу, создание новых проектов и их реализация без санкционирования со стороны официальных инстанций;
- поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и отдыха, овладение техникой медитации и самогипноза;
- удовлетворяющая социальная жизнь; наличие нескольких друзей других профессий, во взаимоотношениях с которыми существует баланс;
- способность к самооценке без упования только на уважение окружающих;
- открытость новому опыту;
- умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни;
- чтение не только профессиональной, но и художественной литературы — для своего удовольствия;
- участие в работе профессионального сообщества;
- участие в тренингах и декадниках;
- личная терапия.

Чтобы избежать синдрома сгорания, психотерапевту целесообразно изредка, но обязательно оценивать свою жизнь вообще — **живет ли он так, как ему хочется?** Если настоящая жизнь не удовлетворяет, следует решить, что нужно сделать для положительных сдвигов. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, можно остаться эффективным психотерапевтом.

301



ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

14.8. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ГИПНОТЕРАПЕВТА

При работе с клиентами психотерапевт соприкасается с глубинными эмоциональными состояниями и психическими травмами, нередко вместе с клиентом входит в трансное состояние, может сочувствовать и сопереживать клиенту, как бы беря на себя часть его-проблем, что может негативно сказываться на состоянии психического здоровья самого психотерапевта. С целью психологической защиты необходимо:

1. Научиться не входить или легко выходить из транса.
2. В период проведения сеансов находиться в собственном трансе, овладев методами самогипноза.
3. Создать и использовать собственные «метафоры защиты». У многих профессиональных психотерапевтов после сеансов возникает потребность вымыть руки, сменить одежду, открыть двери и окна и проветрить кабинет, поплавать в бассейне и т.п. Это примеры использования собственных метафор психологической защиты.

Техники самогипноза

Техники и навыки самогипноза играют важное значение в профессиональной

деятельности психотерапевта.

Во-первых, это возможность научиться управлять собой, своими эмоциями, чувствами, поведением; стимулировать личностный рост.

Во-вторых, это дает возможность расслабиться, снять эмоциональное напряжение после трудового дня, полноценно отдохнуть в перерывах между приемом клиентов;

В-третьих, используя техники самогипноза, психотерапевт может работать самостоятельно над решением своих психологических проблем.

В-четвертых — при помощи самогипноза психотерапевт может контролировать собственные болевые

302

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

ощущения, работать с психосоматическими проблемами и т.п.

В-пятых, техники самогипноза пригодны для наведения транса пациентам, и это расширяет арсенал методов психотерапии.

Условия для занятий самогипнозом

Занятия самогипнозом целесообразно начинать в одиночестве, в тихой, спокойной обстановке. Необходимо иметь кресло, дающее возможность принять удобную позу. До начала сеанса необходимо определить цель сеанса самогипноза, его продолжительность и какое вы хотите иметь самочувствие после выхода из транса.

Самогипноз, в эриксоновском понимании, — это полная концентрация внимания на самопроизвольно появляющихся внутренних образах и символах. Для того чтобы иметь возможность сосредоточиться на этих образах и символах, необходимо уметь отключать внутренние диалоги.

Проговаривая формулы самогипноза, необходимо также соблюдать подстройку к дыханию.

Приемы самогипноза

1. *Техника самогипноза — три, два, один.* В первую очередь в какой-либо точке пространства вам необходимо выбрать точку и зафиксировать ее взглядом. Представить, что эта точка пульсирует, растет и уменьшается; затем обратить внимание на три вещи, которые вы слышите, затем на три наиболее выраженных ощущения в теле.

После этого вы обращаете внимание на два визуальных стимула, два аудиальных стимула и два кинестетических.

Затем вы выделяете одну вещь, наиболее значимую для визуального восприятия, одну — аудиальную, и одну — кинестетическую.

303

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Вы вскоре поймете, что ваше внимание будет переходить от каких-то внешних вещей и ощущений вокруг — к внутреннему миру, внутренним ощущениям, внутреннему осознанию себя. Здесь мы имеем дело с двумя этими измерениями — внешним и внутренним, из внешней фокусировки мы переходим к внутренней.

2. *Техника самогипноза — пять вдохов и пять выдохов.*

- Вы закатываете свои глаза высоко-высоко и делаете первый глубокий вдох. И в тот период, когда вы выдыхаете, начинаете потихоньку опускать глаза вниз и позволяете своему лицу, голове и шее расслабиться.

- Вдыхая второй раз глубоко-глубоко — в период выдоха расслабляете свои плечи, руки и пальцы.

- Вдыхая и выдыхая третий раз — расслабляетесь вдоль позвоночника вниз по телу; вдох и выдох идет как бы внутри себя.

- Четвертый вдох и выдох — расслабляются ноги, ступни, пальцы ног.

- И затем с пятым вдохом вы выдыхаете и полностью погружаетесь.

Каждый раз, когда вы начинаете гипнотическую работу, важно иметь некое намерение. Например вы можете взять себе для отдыха в погружении 2

минуты, и это в гипнотическом трансе будет эквивалентно обычным 20 минутам. И в конце этого времени ваши глаза захотят открыться, вы глубоко вздохнете и вернетесь с ощущением обновления и приятного ощущения.

Когда в период работы вы будете давать себе возможность глубокого расслабления по 2—5 минут, вы спокойно доберетесь до конца дня, чувствуя себя существенно лучше. -

3. *Техника самогипноза России.* Сядьте удобно. Здесь важно положение рук: плечи слегка прижаты к туловищу, руки согнуты в локтевых суставах, предплечья

304

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ

вытянуты вперед, на весу, ладони раскрыты параллельно друг к другу. Сосредоточьтесь на ощущениях в ладонях и представьте себе, что в этом пространстве между ладонями что-то есть — может быть, какое-то магнитное поле, или биополе... или представьте, что пространство между ладонями может менять свойства — оно может стать более плотным или более рыхлым. И это поле... и это пространство может раздвигать ваши руки, или притягивать их... И тогда оно становится еще более плотным... еще более напряженным... Представьте, что между вашими ладонями находится шарик, начиненный энергией... И вы можете придать ему более компактный размер... Когда ваши руки сближаются... очень медленно или немного быстрее... бессознательными движениями... И тогда энергии между вашими ладонями становится все больше и больше... Вы даже можете увидеть ее свечение... И вы это понимаете... когда ваши руки еще больше сближаются...

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гипнотерапия, являясь самым древним методом психотерапии, получив от М. Эриксона новый стимул в своем развитии, играет огромную значимость в медицине и в настоящее время.

Гипноз, гипнотические техники и гипнотические феномены обладают свойствами, которые отличают их от обычных, или нормальных, состояний, переживаний, поведения и процессов бодрствования. Сам по себе гипноз не является лечением, а только средством, с помощью которого лечение может быть осуществлено или опосредовано. Гипноз — это относительно щадящая процедура, и его «опасность» переоценена и смешана с риском, присущим методам психологического воздействия вообще, особенно при работе со вспыльчивыми пациентами и больными, страдающим бредовыми психическими расстройствами.

Хорошей рекомендацией будущему гипнотерапевту будет совет использовать гипноз при лечении лишь тех пациентов, которых он может лечить и без гипноза. Это означает определенное ограничение при использовании гипноза, обусловленное профессиональной подготовкой, специальными знаниями и опытом. Само по себе владение гипнозом не поднимает специалиста на уровень компетентности, необходимый при решении задач, с которыми он до сих пор не сталкивался.

Если принять во внимание эти предосторожности, то останется лишь малое число ситуаций, в которых «никогда не нужно использовать гипноз». Когда паци-

306

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

енты сами просят, чтобы для решения их проблемы был использован гипноз, то после исключения эндогенного процесса и определения гипнабельности целесообразно приступить к лечению гипнозом вне зависимости от чувствительности к нему, при этом важно помнить о комплексности терапии — чем меньше внушаемость пациента, тем больший удельный вес в лечении занимают другие методы, в том числе и психофармакотерапия.

СПИСОК ОСНОВНОЙ

ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.Л.* Психология в медицине: Учеб. пособие. — М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. — 272 с.
2. *Алман Б.М., Ламбру П.Т.* Самогипноз: Руководство по изменению себя / Пер. с англ. Т.К.Кругловой. — М.: Независимая фирма «Класс», 1995. - 192 с.
3. *Бендлер Р., Грин дер Д.* Шаблоны гипнотических техник Милтона Эриксона с точки зрения НЛП. -М.: Независимая фирма «Класс», 1995. — 232 с.
4. *Бендлер Р., Гриндер Дж.* ТРАНСФОРМЭЙШН: Нейролингвистическое программирование и структура гипноза. — СПб.: Петербург — XXI век»; Белый кролик, 1995. — 317 с.
5. *Бехтерев В.М.* Гипноз, внушение, телепатия / Сост. Г.Х. Шингаров. — М.: Мысль, 1994. — 364 с.
6. *Бехтерев В.М.* Избранные произведения. — М.: Медгиз, 1954. — 528 с.
7. *Буль П.И.* Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. — М., 1958.
8. *Буль П.И.* Основы психотерапии. — Л.: Медицина, 1974. — 310 с.
9. *Варшавский КМ.* Гипносуггестивная терапия. — Л.: Медицина, 1973.
10. *Вольперт И.Е.* Сновидения в обычном сне и гипнозе. — Л., 1966.
11. *Гельмут К.,Дженнифер Б.* Гипнотерапия: Практическое руководство / Пер. с англ. Р. Балыбердина, М. Гневко, Г. Шишко. — М.: ЭКСМО-Пресс; СПб.: Сова, 2002. — 352 с.

308

V

Список основной ЛИТЕРАТУРЫ

12. *Гиллиген С.* Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии / Пер. с англ. А.Д. Иордансокого. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997. — 416 с.
13. Гипнотерапия / Под ред. М. Хипа, У. Драйде-на. — СПб: Питер, 2001. — 352 с.
14. *Захаров А.И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л., 1982.
15. *Карвасарский БД.* Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
16. *Карвасарский БД.* Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
17. *Кондратенко В.Т., Донской Д.И.* Общая психотерапия. — Минск, 1997. — 464 с.
18. *Кроль Л.М.* Образы и метафоры в интегратив-ной гипнотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — 128 с.
19. *Лазарус А.* Мысленным взором: образы, как средство психотерапии / Пер. с англ. Е.В. Курдюковой. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 144 с.
20. *Мейер В., Чессер Э.* Методы поведенческой терапии. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
21. *Минутко В.Л.* Справочник психотерапевта. — М.: Изд-во АО «Консалтбанкир», 1999. — 360 с.
22. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб., 1998. — 752 с.
23. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. — 544 с.
24. *Рожнов В.Е.* Гипносуггестивная психотерапия. — М., 1975.
25. *Ромэн А.С.* Самовнушение и его влияние на организм. — Алма-Ата, 1970.
26. *Руженков В.А.* Классический гипноз в клинической психотерапии: Учеб. пособие. — Белгород: Изд-во БелГУ, 2003. — 148 с.

309

Основы КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

27. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рож-нова. — Ташкент: Медицина, 1979. — 639 с.
28. Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (Уроки гипноза) / Ред. и ком. Дж. К. Зейга / Пер. с англ. Т.К. Кругловой. — М.: Независимая

фирма «Класс», 1994. — 336 с.

29. *Свядош А.М.* Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — 368 с.

30. *Слободяник А.П.* Психотерапия, внушение, гипноз. -Изд. 3-е, испр. и доп. — Киев: Здоров'я, 1977. — 480 с.

31. *Спаркс М.* Начальные навыки эриксоновского гипноза. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. — 80 с.

32. Трансформация личности: нейролингвистическое программирование / Анализ и комментарий О. Ксен-дзюк. — Одесса: Хаджибей, 1995. - 352 с.

33. *Шерток Л.* Гипноз / Пер. с франц. — М.: Медицина, 1992. — 224 с.

34. *Шерток Л.* Непознанное в психике человека / Пер. с франц. — М.: Прогресс, 1982. — 312 с.

35. *Шиллер-Школьник Х.М.* Новый курс гипнотизма. — Психо-френолог. изд-во, 1911. — 101 с.

36. *Фрейд С.* Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1989. — 456 с.

37. *Эриксон М., Росси Э., Росси Ш.* Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / Пер. с англ. М.А. Якушиной. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 352 с.

38. *Эриксон М.* Мой голос останется с вами / Пер. с англ. — СПб.: Петербург — XXI век, 1995. — 256 с.

39. *Эриксон М., Росси Э.* Человек из февраля / Пер. с англ. Е.Л. Длугач. — М.: Независимая фирма «Класс», 1995. -- 256 с.

310

Список основной ЛИТЕРАТУРЫ

40. *Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У.* Гипнотерапия вредных привычек / Пер. с англ. Л.В. Ерашовой. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 192 с.

41. *Япко М.* Боль жизни. Техники эриксоновского гипноза и НЛП для краткосрочной терапии депрессий. Методические рекомендации для слушателей курса «НЛП и эриксоновский гипноз». — М., 1999. — 236 с.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....3

ГЛАВА 1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ

ГИПНОТЕРАПИИ.....7

ГЛАВА2

ПРИРОДА ГИПНОЗА.....21

2.1. Нейродинамическая теория И.П. Павлова.....21

2.2. Теория гипноза Леона Шертока.....24

2.3. Психодинамическая теория гипноза.....24

2.4. Психофизиологическая сущность гипноза.....25

КЛАССИЧЕСКИЙ ГИПНОЗ

ГЛАВА 3

ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО ГИПНОЗА.....28

3.1. Гипнабельность.....28

3.2. Техники классического гипноза.....37

3.3. Раппорт.....70

3.4. Методы вывода из гипнотического состояния.....71

3.5. Выбор способа гипнотизации.....72

3.6. Глубина гипнотического состояния.....75

3.7. Гипнотические феномены.....79

312

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

ГЛАВА 4

МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА.....85

4.1. Общие принципы гипнотерапии.....85

4.2. Собственный лечебный потенциал гипноза.....	86
4.3. Прямое воздействие гипнотических индукций на автономные функции организма и внутренние органы.....	87
4.4. Бихевиоральные методы в гипнотическом состоянии.....	91
4.5. Внушение в гипнотическом состоянии.....	101
4.6. Психоаналитические методы в гипнотическом состоянии.....	108
4.7. Психодраматические методы (гипнодрама).....	113

ГЛАВА 5

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГИПНОТЕРАПИИ..... 122

5.1. Утрата раппорта во время сеанса	122
5.2. Спонтанный катарсис.....	123
5.3. Истерический гипноид.....	123
5.4. Спонтанный сомнамбулизм.....	123
5.5. Гипнотическая летаргия.....	124
5.6. Психотические расстройства.....	124
5.7. Синдром отмены.....	125
5.8. Гипномания.....	125
5.9. Гипнофобия.....	127

ГЛАВА 6

ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГИПНОТЕРАПИИ..... 128

6.1. Формы проведения гипнотерапии.....	128
6.2. Показания и противопоказания к гипнотерапии.....	129

313

Основы клинической гипнотерапии

ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ

ГЛАВА 7

БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭРИКСОНОВСКОЙ

ГИПНОТЕРАПИИ..... 134

7.1. Всякая личность уникальна.....	134
7.2. Гипноз — это чувственно переживаемый процесс передачи идей.....	135
7.3. Каждый человек располагает продуктивными ресурсами.....	136
7.4. Транс естествен.....	137

ГЛАВА 8

СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (РАППОРТА)..... 141

8.1. Подстройка к позе.....	142
8.2. Подстройка к дыханию.....	146
8.3. Подстройка к движениям.....	149
8.4. Определение и подстройка к первичной репрезентативной системе.....	151
8.5. Невербальные каналы информации.....	157

ГЛАВА 9

МЕТОДЫ НАВЕДЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ 168

9.1. Ассоциативные стратегии погружения в транс.....	168
9.2. Наведение транса посредством создания замешательства.....	178
9.3. Сочетание ассоциативных и диссоциативных техник.....	188
9.4. Достижение предыдущего состояния транса (использование естественных трансов).....	190
9.5. Перевод естественного сна в гипнотический.....	192

314

Основы клинической гипнотерапии

ГЛАВА 10

МЕТОДЫ УГЛУБЛЕНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ.....194

- 10.1. Инкорпорация и ратификация.....194
- 10.2. Диссоциация сознания и бессознательного.....195
- 10.3. Трюизмы.....196
- 10.4. Терапевтические связки.....199
- 10.5. Язык гипноза.....209

ГЛАВА 11

ПРИЗНАКИ ТРАНСА. ГИПНОТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ.....213

ГЛАВА 12

**МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОВЫХ СОСТОЯНИЙ
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ.....217**

- 12.1. Общие закономерности терапии
в трансовом состоянии.....217
- 12.2. Процессуальные инструкции.....219
- 12.3. Активизация
продуктивных ресурсов.....224
- 12.4. Генератор нового поведения.....228
- 12.5. Возрастная регрессия.....232
- 12.6. Идентификация в глубоком
трансовом состоянии.....237
- 12.7. Амнезия237
- 12.8. Работа с абреакциями.....239
- 12.9. Метафора в эриксоновском гипнозе.....241
- 12.10. Методы работы с пациентами
с алгическим синдромом.....253
- 12.11. Методы работы с клиентами с посттравматическим стрессовым
расстройством.....257

315

Основы клинической гипнотерапии

ЛИЧНОСТЬ

ГИПНОТЕРАПЕВТА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ

ОТНОШЕНИЯ В ГИПНОТЕРАПИИ

ГЛАВА 13

ЛИЧНОСТНАЯ ГОТОВНОСТЬ ГИПНОТЕРАПЕВТА.....264

- 13.1. Особенности подготовки
гипнотерапевта для классического гипноза.....266

ГЛАВА 14

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛИМАТ.....281

- 14.1. Физические компоненты
терапевтического климата.....281
- 14.2. Эмоциональные компоненты
терапевтического климата.....287
- 14.3. Подготовка к проведению
гипносуггестивной психотерапии.....289
- 14.4. Позиции психотерапевта.....290
- 14.5. Система ценностей психотерапевта.....292
- 14.6. Перенос и контрперенос в гипнотерапии.....293
- 14.7. Влияние профессиональной деятельности на личность
психотерапевта.....296
- 14.8. Методы психологической
защиты гипнотерапевта.....302

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....306

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....308

316

Учебное издание

Руженков Виктор Александрович ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ

Учебник

Ответственный

редактор *Александр Михайленко*

Корректор *Татьяна Борисова*

Верстка *Маринэ Курузьян*

Сдано в набор 10.04.2005. Подписано

в печать 10.06.2005 Формат 84х108 ¹/₃₂-

Бумага тип № 2. Гарнитура School.

Усл. печ. л. 16,8.

Тираж 5000 экз. Заказ № 2973.

Издательство «Феникс» 344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУИПП «Курск». 305007, г. Курск, ул. Энгельса, 109.

Качество печати соответствует качеству предоставленных диапозитивов

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>